



Isabel Reis Cordeiro

Trabalho de projeto

Cuidados de enfermagem especializados para a segurança do cliente

Relatório de Trabalho de projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Prof. Dra. Maria de Lurdes Martins

Junho 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de



“Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização”

(SANTOS, 1999. p.50)

Agradecimentos:

À minha orientadora pela disponibilidade, colaboração, motivação e palavras de incentivo.

À enfermeira F. B., pelo seu apoio, disponibilidade constante, conhecimentos transmitidos e estímulo, essenciais para o meu sucesso.

À enfermeira-chefe e profissionais da UCIM, pelo modo como me acolheram, pelo apoio e auxílio fundamentais para a adaptação ao serviço, conhecimentos partilhados e colaboração nos projetos realizados.

Aos meus amigos pela paciência e motivação constante.

Em especial à minha família, principalmente ao meu marido, pela força, amizade, e incentivo fornecidos ao longo deste percurso, e por me terem ajudado sempre a acreditar que era possível.

Obrigada porque apesar dos longos períodos que estive ausente fisicamente, sempre se mantiveram perto com uma palavra de apoio, motivação e esperança no futuro!!

RESUMO

No âmbito do Curso de mestrado em enfermagem médico- cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal, elaborou-se o presente relatório, que tem como objetivo demonstrar, de forma objetiva e concisa, o percurso realizado com vista ao desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A realização deste relatório orientou-se pela revisão dos aspetos legais dos direitos e deveres do ser humano, seguido do enquadramento concetual da enfermagem, e relembra-se Virgínia Henderson e Imogene King, como referencias na prática de enfermagem. Com vista à aquisição e desenvolvimento das competências, e ao longo do curso, foram realizados três estágios, nos quais foi possível através da aplicação da metodologia de projeto, efetuar um projeto de intervenção em serviço no âmbito do controlo de infeção e segurança dos cuidados, que culminou na produção de um guia prático orientador de boas práticas. Ainda em contexto de estágio, foi possível realizar um projeto de aquisição de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que é apresentado ao longo deste trabalho, e que se constituiu como fundamental para desenvolver o cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família.

Este relatório pretende demonstrar de que forma as atividades e estratégias desenvolvidas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências, que visam a prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de forma a atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e família.

Palavras-chave: desenvolvimento de competências, excelência do cuidar, segurança.

Summary

This report was prepared within the scope of the Polytechnic Institute of Setubal MSc course in medical-surgical nursing. It aims to demonstrate in an objective and concise way, the route taken to develop the skills of master on medical-surgical nursing and nurse specialist on person in a critical situation.

The completion of this report was guided by the review of legal aspects of the rights and duties of human beings, followed by the nursing Conceptual framework, and recalls to Virginia Henderson and Imogene King, as references in nursing practice. Targeting the acquisition and development of skills, and along the course, there were three stages in which it was possible through the application of project methodology, perform an intervention project in service in the scope of infection control and safety in care, culminating in the production of a practical guide of good practices. Still in internship context, it was possible to undertake a project to acquire skills of specialist nurse in person in a critical situation, which is presented throughout this work, and that was fundamental to develop specialized care to the person in critical condition and to his family.

This report aims to show how the activities and strategies developed contributed to the acquisition and development of skills, aiming the practice of highly skilled nursing care in order to achieve continuous improvement in the quality of nursing care provided to the person in a critical situation and family.

Keywords: development of competencies, excellence in care, security

ÍNDICE DE SIGLAS:

Aptt: tempo de tromboplastina parcial ativada

CCI – Comissão de controlo de infeção

CGR – Comissão de gestão do risco

CH – Centro hospitalar

CRP – Constituição da república portuguesa

DGS – Direção geral de saúde

EMC – Enfermagem médico-cirúrgica

EEMI – Equipa emergência médica interna

GONR - Registo de enfermagem orientado por metas

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

INEM – Instituto nacional de emergência médica

MDP – Modelo de desenvolvimento profissional

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização mundial de saúde

OPSS – Observatório português para os sistemas de saúde

PAC – Projeto de aquisição de competências

PEI- Plano de emergência interno

PIS – Projeto de intervenção em serviço

PNCI – Plano nacional de controlo de infeção

REPE – Regulamento para o exercício do profissional de enfermagem

SADI - Agência para a investigação e qualidade dos cuidados de saúde

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

VNI – Ventilação não invasiva

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIM – Unidade de cuidados intermédios de medicina

ÍNDICE:

0. INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEITUAL.....	13
1.1 Enquadramento legal dos direitos e deveres do ser humano.....	13
1.2 Enquadramento conceitual de enfermagem.....	16
1.3 Filosofia e teoria que orientam a prática profissional.....	23
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	31
2.1 Enquadramento do projeto de intervenção em serviço.....	31
2.2 Desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço.....	34
2.2.1 Diagnóstico de situação.....	35
2.2.1.1 Necessidade identificada.....	36
2.2.1.2 Problemas identificados.....	39
2.2.1.3 Determinação de prioridades.....	40
2.2.1.4 Objetivos.....	40
2.2.2 Planeamento/cronograma inicial.....	41
2.2.3 Execução.....	42
2.2.4 Avaliação.....	51
2.3 Análise das competências de enfermeiro especialista que o PIS ajudou a desenvolver.....	52
2.3.1 Competências comuns de enfermeiro especialista.....	52
2.3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	53
2.3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	54
2.3.1.3 Competências do domínio da gestão de cuidados.....	55
2.3.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	56
2.3.2 Competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.....	57
2.3.2.1 Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	58

2.3.2.2	Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas.....	60
2.3.2.3	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequado.....	61
3.	PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	63
3.1	Análise das competências comuns de enfermeiro especialista desenvolvidas no PAC.....	64
3.1.1	Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	65
3.1.2	Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade..	67
3.1.3	Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	68
3.1.4	Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	70
3.2	Análise das competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, desenvolvidas com o PAC.....	71
3.2.1	Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	74
3.2.1.1	Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.....	75
3.2.1.2	Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.....	81
3.2.1.3	Faz a gestão diferenciadas da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica ou falência orgânica otimizando as respostas.....	82
3.2.1.4	Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.....	86
3.2.1.5	Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.....	89
3.2.1.6	Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica..	90

3.2.2	Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas da conceção `ação.....	91
3.2.2.1	Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.....	93
3.2.2.2	Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe.....	96
3.2.2.3	Gere os cuidados em situação de emergência e ou catástrofe.....	97
3.2.3	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil.....	98
3.2.3.1	Concebe um plano de intervenção e controlo de infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica ou falência orgânica.....	98
3.2.3.2	Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ou falência orgânica.....	100
4.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	101
4.1	Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica de cuidados de enfermagem.....	102
4.2	Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e sem complemento àsadquiridas.....	104
4.3	Integre equipas em desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.....	106
4.4	Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducente à construção e aplicação de argumentos rigorosos.....	108
4.5	Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.....	109

4.6 Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.....	110
5. CONCLUSÃO.....	112

ANEXOS:

- I. Panfleto para entregar aos familiares
- II. Competências comuns do enfermeiro especialista
- III. Competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica

APÊNDICES:

- I. Diagnóstico de situação
- II. Analise SWOT
- III. Mapa de planeamento do PIS
- IV. Cronograma do PIS
- V. Orçamento do PIS
- VI. Dístico – Isolamento de contato
- VII. Dístico – Isolamento gotículas
- VIII. Plano de sessão da formação
- IX. Powerpoint da formação
- X. Guia prático sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção
- XI. Questionário de avaliação do guia
- XII. Trabalho do módulo questões éticas emergentes em cuidados complexos
- XIII. Trabalho do módulo de supervisão de cuidados
- XIV. Planeamento do PAC
- XV. Cronograma de atividades do PAC
- XVI. Cronograma de horas de estágio
- XVII. Cronograma de trabalho autónomo
- XVIII. Norma de cuidados de enfermagem ao cateter venoso periférico

XIX. Algoritmo de atuação em caso de incendio na UCIM

XX. Artigo: Infecções associadas aos cuidados de saúde: uma questão sensível aos cuidados do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta-se sob a forma de relatório, e constitui o recurso para discussão pública com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem médico-cirúrgica do Curso da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, que tem como finalidade: contribuir, suportado na evidência para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem especializada em pessoa em situação crítica.

Ao longo dos cerca de oito anos de profissão a sua prestação de cuidados teve por base o REPE, código deontológico do enfermeiro, assim como, os princípios e valores que regem a sua vida pessoal, como o respeito pelo outro, de modo a chegar ao fim do dia com a garantia de que, perante o cliente e/ou situação deparada e, tendo por base os seus conhecimentos e competências, realizou os melhores cuidados que lhe eram permitidos. Foi desta reflexão diária que emergiu progressivamente a necessidade de aprofundar, sedimentar e melhorar a prestação cuidados de enfermagem, com vista a alcançar a excelência no cuidar. Neste contexto surgiu a candidatura e atual frequência do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

De acordo com o Dicionário da língua portuguesa relatório é a “exposição oral ou escrita, objectiva e minuciosa, de um assunto” (DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA, p.1443), pelo que este documento, através de metodologia descritiva e analítica, pretende ser uma exposição escrita e crítica, do modo como alcançou os objetivos definidos para o curso, demonstrando de forma objetiva e concisa o percurso realizado com vista ao desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

O presente documento organiza-se em seis partes:

Parte 1 - a presente *introdução*;

Parte 2 - o *enquadramento teórico-concetual* no qual se realiza um breve enquadramento legal dos direitos fundamentais e deveres do ser humano,

enquadramento conceitual de enfermagem e onde se abordada a filosofia e teoria de enfermagem que melhor caracterizam a sua prática profissional;

Parte 3 - *Projeto de intervenção em serviço* onde se apresenta uma exposição do trabalho realizado de acordo com a metodologia de projeto, no âmbito da segurança e controle de infeção, área fulcral de intervenção do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;

Parte 4 - *Projeto de aprendizagem clínica* - onde é explicitado o percurso efetuado ao longo do curso, com vista ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;

Parte 5 - *Análise das competências de mestre* que descreve o modo como a aluna desenvolveu as competências pretendidas, de forma a tornar-se mestre em enfermagem;

Parte 6 - *Conclusão* que finaliza a parte textual do relatório.

Posteriormente apresentam-se os anexos e apêndices que integram a descrição efetuada.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, e as referências bibliográficas são realizadas segundo a Norma Portuguesa (NP 405).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

Do enquadramento faz parte uma breve revisão dos direitos fundamentais e deveres do ser humano, da conceitualização dos cuidados de enfermagem, e aborda a filosofia e teoria de enfermagem que melhor descrevem a prática de cuidados da aluna.

1.1 ENQUADRAMENTO LEGAL DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E DEVERES DO SER HUMANO

Ao considerar-se fundamental o agir profissional suportado pelo enquadramento legal que orienta a sociedade portuguesa, onde o grupo profissional de enfermagem se integra, optou-se por iniciar este relatório com uma breve revisão sobre o enquadramento legal dos direitos e deveres do Homem, fundamentais para o bom funcionamento da sociedade, na qual se inserem os profissionais e os alvos dos cuidados de enfermagem – os clientes.

Presentemente todo o ser humano tem direitos fundamentais e deveres que o assistem. A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948, no seu preâmbulo considera que é “essencial a proteção dos direitos do homem através de um regime de direito, para que o homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 57, p 489). No seu primeiro artigo é defendido que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 57, p. 489), segue-se no segundo artigo a defesa de que “todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou de outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 57, pg. 489), sendo defendido no terceiro artigo que “todo o individuo tem direito à vida, à liberdade e à segurança social” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série

– N.º 57, pg.489). Como podemos constatar esta declaração universal marca a forte defesa dos direitos do Homem.

Em Portugal a 2 de abril de 1976, surge a Constituição da República Portuguesa (CRP), que mesmo após sete revisões constitucionais (última em Agosto de 2005), se apresenta como Lei constitucional, a Lei das leis, basilar para todo o território português. No seu artigo um define Portugal como “República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série A – N.º 155, p.4642). Esta Lei divide-se em quatro partes, sendo a primeira dedicada aos Direitos e Deveres fundamentais, na qual o Artigo 64.º se refere exclusivamente à saúde e, no ponto um afirma que “todos têm direito à proteção da saúde e ao dever de a defender e promover” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série A – N.º 155, p. 4652). Neste sentido, Andrade (2010) defende que a CRP “integra o estatuto dos indivíduos na sociedade política num sistema de valores, em que o valor fundamental é o da dignidade da pessoa humana individual, emblematicamente afirmado no seu primeiro artigo como valor primário em que se baseia o Estado” (ANDRADE, 2010, p. 106).

A 23 de setembro de 1982 é aprovado em o Código penal - Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro – que se encontra na Vigésima terceira alteração, com a Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, sendo esta a primeira e única Lei criminal oficial, mantendo-se até hoje como Lei da Justiça em Portugal, que tendo por base a CRP abre alguns parêntesis de forma a salvaguardar que a verdadeira justiça seja aplicável a todos os seres humanos. O artigo 38.º do código penal é dedicado ao consentimento livre e esclarecido, o Capítulo VII do Livro I refere-se às medidas de segurança - secção I ao internamento de inimputáveis. No Livro II do mesmo código Capítulo IV – dos crimes contra a liberdade pessoal, no qual no seu artigo 156º referente às intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, defende no seu ponto um que as se o médico ou outra pessoa legalmente autorizada, “realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 170, pg. 6225), sendo que no ponto dois abre algumas exceções a esta punição. O dever do

esclarecimento em saúde, crucial para a correta prestação de cuidados de enfermagem, encontra-se descrito no artigo 157.º, que diz que “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o seu diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em risco a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 170, pg. 6225).

A 24 de agosto de 1990 a Assembleia da República Portuguesa decreta, a lei n.º 48/90 - Lei de bases da saúde, lei esta toda direccionada para a proteção da saúde, como um direito dos indivíduos e da comunidade defendidos na CRP, como responsabilidade de todos os cidadãos, sociedade e estado, em liberdade de procura e prestação de cuidados. É nesta lei que surgem pela primeira vez os direitos e deveres dos cidadãos relativamente à saúde, base V, que no seu ponto um afirma que “os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 195, pg. 3453). Aqui é colocado a cada cidadão o dever de promover e defender a sua saúde, assim com a dos outros. A base XIV reporta-nos para o estatuto dos clientes, no qual o seu ponto um menciona os direitos dos mesmos, exemplo alínea b) que refere que os clientes têm direito a “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei”, alínea e) têm o direito de “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série – N.º 195, pg. 3454). O ponto três refere-se aos menores e incapazes, nos quais a lei prevê que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes são atribuídos, designadamente de recusar assistência, mas sempre sob os princípios constitucionalmente definidos.

Com o intuito de proteger os direitos e deveres de alguns grupos considerados vulneráveis, um pouco por todo o mundo foram-se criando leis específicas que abordam cada um destes grupos, como é o caso da Convenção universal dos direitos das crianças e Lei da saúde mental.

O enfermeiro no exercício das suas competências tem o dever de defender os direitos dos seus clientes. Neste sentido nos princípios gerais do seu código deontológico está implícito que “1 - as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (...) 3 – São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) a excelência do exercício da profissão em geral e na relação com outros profissionais” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009 a, p.1). Neste contexto os enfermeiros assumem, de entre outros, o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009 a, p.1).

A candidatura e frequência do curso de mestrado abordado neste relatório decorrem da necessidade de fazer evoluir a sua prática profissional, no sentido da excelência de cuidar, mantendo como referenciais o cumprimento da lei, os princípios e deveres enquanto enfermeira e cidadã responsável.

1.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM

Ao analisar a história do Homem, encontramos indícios da prática de enfermagem na idade das cavernas, altura em que a mulher fazia curativos ao homem quando este se feria na caça (ADAM, 1994). O percurso que se tem vindo a realizar, desde a antiguidade até à atualidade, leva inevitavelmente à profissionalização da enfermagem. São varias as pessoas que se dedicam, ou dedicaram, à busca de conceitos e pressupostos que permitam a conceitualização da profissão e, concomitantemente, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais.

Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, defendia uma filosofia de enfermagem direcionada para os cuidados gerais, isto é, cuidar a pessoa como um todo, inserida num ambiente, e não apenas na doença.

Nightingale “não queria uma enfermeira que entendesse a pessoa somente como a “fractura”, a “ferida de bala” ou a “febre” mas antes, como um ser humano com uma doença” (BOLANDER, 1998, p.7). Posteriormente, Virgínia Henderson, das primeiras teóricas a escrever sobre enfermagem e, a criar um quadro de referência que inclui os cuidados à pessoa moribunda, aceite nos dias de hoje, refere que: “A função singular do enfermeiro é assistir o indivíduo doente ou saudável na execução de atividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) que ele levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários” (Bolander, 1998, p.7). Por sua vez, Peplau visiona a enfermagem como arte, pelo que a sua teoria defende que a enfermagem é “terapêutica por ser uma arte curativa (...) encarada como processo interpessoal, (...) proporciona o incentivo para o processo terapêutico, na qual o enfermeiro e o paciente respeitam um ao outro (...) apreendendo e crescendo com o resultado dessa interação” (GEORGE, 2000, p. 46).

Mais recentemente, a Ordem dos enfermeiros portugueses (OE), através da criação de padrões de qualidade, definiu os conceitos de: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. O meta paradigma de enfermagem aborda e relaciona entre si os conceitos de: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Neste sentido a **enfermagem** deve ser interpretada como ciência e arte da disciplina praticada pelo enfermeiro; **pessoa** no sentido de ser individual, familiar ou comunidade que é alvo do cuidar; **saúde** como bem-estar interpretado pelo cliente e enfermeiro e, **ambiente** como o meio em se desenvolve a relação e do qual depende a concretização do bem-estar. (GEORGE, 2000). Visando o mandato social da profissão de enfermagem, e a procura da excelência no exercício profissional, a OE definiu através dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem as seguintes seis categorias de enunciados descritivos:

- a satisfação do cliente – na qual “o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.11)

- a promoção da saúde – em que o “enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.12)

- a prevenção de complicações – onde o “enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.12)

- o bem-estar e autocuidado – na qual o “enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/contempla as atividades de vida relativamente e às quais o cliente é dependente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.13)

- a readaptação funcional – “o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.14)

- a organização dos cuidados de saúde – em que “o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.15).

Considera-se que a enfermagem é uma profissão, intelectual e científica, um estado de arte, que se direciona para a relação com o cliente, que é alvo de atuação, enquanto pessoas e profissionais (enfermeiros), num determinado momento do seu percurso de vida. Deste modo a enfermagem é uma profissão centrada no cuidar ao cliente, em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. No domínio profissional, o enfermeiro no exercício das suas funções, obedece ao código deontológico, no qual estão presentes princípios, direitos e deveres, que visam um comportamento ético e têm por base a visão holística do ser humano (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

O desenvolvimento e as mudanças nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar nas organizações o fator humano, a par com o desenvolvimento tecnológico, apesar de por vezes, o avanço tecnológico tentar levar a alguma centralidade nas técnicas. O processo de cuidar, muitas vezes desligado do cliente, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a

resposta aos desafios dos modelos de gestão, colocam o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações (SERRANO et al. 2011). Boaventura de Sousa Santos afirma que “Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização” (SANTOS, 1999, p.50). Os avanços que a enfermagem tem vindo a assistir e a ser alvo, assim como as políticas de saúde e organizacionais, conduzem a que os enfermeiros busquem conhecimentos que permitam acompanhar os desafios com que se deparam.

De acordo com Bento (1997), é ao longo da formação que o aluno constrói a resposta para a pergunta: o que é a enfermagem?. Ao aprender a comportar-se como enfermeiro, inicia a construção do que será a sua identidade profissional. “A formação é, portanto, um processo em que o formando se modifica, modifica as suas percepções e as representações acerca do real. É no percurso da formação que o aluno se situa quanto às concepções, crenças e valores que organizarão o seu pensamento e a sua acção profissional” (BENTO, 1997, p.17).

À prática de enfermagem está inerente formação profissional e contínua. Todos os enfermeiros são detentores de um curso base, lecionado em ensino superior. Enquanto profissão é recomendado ao profissional que, após o curso base, se vá atualizando para conseguir adaptar-se às mudanças e exigências com que se depara no dia-a-dia. Assim nasce o conceito de formação contínua, baseada na andragogia (formação de adultos) e que se desenvolve ao longo da vida. O processo de aprendizagem leva o “indivíduo a formar, tornando-o agente activo e autor do seu processo de desenvolvimento profissional” (RODRIGUES, 2007. p. 84). Este processo resulta da conjugação de fatores relacionados com a própria pessoa enquanto enfermeiro: temas de interesse, necessidades de aprendizagem (que advêm dos problemas com que se depara), motivação para investir na formação contínua e dedicação para alcançar os objetivos.

Malcolm Knowles (1980), citado por Osorio (2005) define andragogia como arte e a ciência de ajudar o adulto a aprender. Ainda de acordo com Osorio (2005), a formação contínua é fundamentalmente direccionada para o trabalho/profissão, procurada por razões económicas, exigências do mercado de trabalho (cada vez mais competitivo e desafiante) e de uma nova relação entre o

emprego e a formação. Assim as competências necessárias à atuação vão surgindo naturalmente, integradas na formação, como resposta às necessidades sentidas pelo enfermeiro, para fazer face às necessidades que identifica em si, ou no cliente que cuida.

A formação pós-graduada, especialidades, mestrados e/ou doutoramentos em enfermagem procuram o domínio amplo e profundo numa determinada área de interesse. São um importante contributo para a consolidação do conhecimento em enfermagem e para o seu avanço, enquanto ciência, pelas competências. A enfermagem é considerada intelectual e científica porque se fundamenta na formação continua e na aquisição de conhecimentos, de modo a desenvolver competências, que terão visibilidade na prestação de cuidados gerais.

Barbara Carper, impulsionadora da importância da aquisição do conhecimento através da prática clínica, defende que a enfermagem, enquanto disciplina orientada para a prática compreende quatro padrões de conhecimento: “o empírico (a ciência de enfermagem), o estético (a arte da enfermagem), o conhecimento pessoal (que diz respeito á qualidade dos contactos interpessoais, promoção das relações terapêuticas e cuidados individualizados) e o ético (a componente do conhecimento moral em enfermagem)” (ABREU, 2007, p.40). Estes padrões de conhecimento são referidos por vários autores, e em diversas obras, como as bases epistemológicas da disciplina de enfermagem.

A aprendizagem baseada nas experiências e relações estabelecidas no dia-a-dia é considerada fundamental para desenvolvimento de conhecimento e competências. Neste sentido “A vida é reconhecida como um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, e cada vez mais se valorizam os saberes e as competências adquiridas à margem dos sistemas tradicionais. A experiencia é considerada como uma fonte legítima de saber, que pode (e deve) ser formalizado e validado.” (PIRES,1997, p. 7).

De acordo com vários autores, referidos no modelo de desenvolvimento profissional (MDP) da OE, competência é “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação

concreta.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b, p. 11). É através do aprofundamento dos domínios de competência de enfermeiro de cuidados gerais, e pela formação ao longo da vida, que se desenvolvem as competências do enfermeiro especialista. A área de especialização é escolhida de acordo com interesses pessoais e profissionais, necessidades de aprendizagem, motivação, dedicação e estudo efetuado.

A OE em outubro de 2003 definiu as competências do enfermeiro de cuidados gerais, em 29 de maio de 2010 aprova o regulamento das competências gerais do enfermeiro especialista e, a 20 de novembro de 2010, aprova as competências específicas dos enfermeiros para as diferentes especialidades.

O regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE), define enfermeiro especialista como o “enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998. p.3).

De acordo com o MDP (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009), o enfermeiro especialista possui como domínios de competências: a responsabilidade ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados, desenvolvimento das aprendizagens e prestação de cuidados especializada, de acordo com a área de especialização escolhida.

A especialidade em enfermagem médico-cirúrgica é a mais nova das especialidades em enfermagem, tendo o seu primeiro curso surgido em 1985. Atualmente esta especialidade divide-se em duas áreas de especialização: enfermagem em pessoa em situação crítica e enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, pelo que é considerada a mãe destas duas novas especialidades.

A OE defende que “As competências clínicas a desenvolver pelos enfermeiros para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência

produzida em Enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade a prestar aos cidadãos.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b, p. 4). Inerente à função de enfermeiro está o assegurar a qualidade dos cuidados prestados a todos os seus níveis. Um dos domínios de competência do enfermeiro especialista, referidos no MDP, visa a gestão da qualidade, definida como “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b, p.4). Neste sentido o enfermeiro especialista deve colocar em prática esta competência, em busca da qualidade nos cuidados de saúde, ser referência para a equipa multidisciplinar, exemplo na criação e manutenção de ambiente seguro para a redução de riscos durante a prestação de cuidados, atuando na sua prevenção, implementando medidas de melhoria da qualidade e da segurança nos cuidados, com vista à manutenção de um ambiente seguro para clientes e profissionais.

Todas as intervenções de enfermagem junto ao cliente são susceptíveis de erro, se identificarmos os fatores que podem levar ao erro, estaremos muito mais próximos de o prevenir (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006). Michel Renaud descreve que “o erro é a falta da verdade no plano da teoria e a falta de ajuste no plano do agir na sua vertente técnica. Por sua vez, a culpa é a falta do bem, no campo do agir ético” (RENAUD, 2007, p.9). Renaud elucida-nos ainda para o facto de inerente a uma prática associar-se alguma falibilidade, como possibilidade ou capacidade de cair no erro ou na culpa. Errar é humano, mas os profissionais de saúde devem ter sempre em atenção as políticas de segurança com vista à redução dos riscos associados às práticas porque, apesar de errar ser humano, um erro de um enfermeiro pode colocar em causa a qualidade de vida, ou a própria vida, de um ou mais clientes. Assim sendo é fulcral apostar e incentivar uma cultura de segurança, na qual não exista, à partida, punição quando se erra, mas incentive o registo dos incidentes, pois ao reconhecer o erro, podemos desencadear medidas corretivas ou preventivas, de modo a evitar ou diminuir a probabilidade deste se voltar a verificar.

Walter Hesbeen, alerta para a diferença entre estatuto de profissional e profissionalismo de quem cuida, “o profissionalismo exige, (...), mais do que a simples aquisição do estatuto profissional, uma vez que assenta na capacidade

da pessoa estar presente na sua prática, de agir, enquanto sujeito, junto das pessoas que são alvo das suas funções” (HESBEEN, 2006, p.51).

Com os avanços verificados na profissão de enfermagem e com o aumento significativo do grau de especialização e diferenciação dos seus profissionais, ambiciona-se uma mudança positiva na posição da profissão no futuro, sendo esta uma mais-valia para a qualidade de cuidados de enfermagem prestados, que serão reflexo na melhoria dos cuidados de saúde em geral.

1.3 FILOSOFIA E TEORIA QUE ORIENTAM A PRÁTICA PROFISSIONAL

A evolução do conceito enfermagem tem acompanhado a evolução do Homem nas suas mudanças sociais, culturais, fisiológicas, económicas, políticas e tecnológicas. Nightingale inicia a longa caminhada que a enfermagem percorre, tendo desde então surgido várias teorias e modelos conceituais sobre a disciplina de enfermagem. Desta vasta lista de teóricos, teorias e modelos conceituais difícil é optar pelo, ou pelos, que fundamentam o percurso académico e, concomitantemente, profissional da aluna.

Olhando para o seu trajeto profissional, atual curso de mestrado, desenvolvimento dos projetos de intervenção em serviço (PIS) e de projeto aprendizagem clínica (PAC), realizados no decorrer do presente curso de mestrado, fundamenta a sua prática suportada por algumas filósofas e teorias de enfermagem que orientam este caminho de desenvolvimento profissional, concretamente com *Virgínia Henderson* com a sua definição de enfermagem; e *Imogene M. King*: estruturas de sistema de interação e teoria da consecução de objetivos, uma vez que esta teórica defende uma enfermagem com a qual se identifica, na qual a relação enfermeira-cliente se encontra direcionada para o traçar de um plano de cuidados, com vista a alcançar um objetivo - a recuperação do bem-estar do cliente.

Henderson dedicou a sua carreira à definição do que é a enfermagem, e foi buscar influência para as suas definições à sua formação militar, prática de enfermagem, aos colegas e alunos com quem trabalhou enquanto professora de

enfermagem e, a algumas pessoas de referência na enfermagem da sua altura (ex. Annie Goodrich, Caroline Stackpole, Bertha Harmer, Ida Jean Orlando, entre outros). Apesar de alguns a considerarem como teórica, Henderson não desenvolveu nenhuma teoria sobre a enfermagem, “desenvolveu um conceito ou definição pessoal numa tentativa de clarificar o que considerava ser a função única da enfermagem” (TOMEY & ALLIGOOD, 2004. p. 120). A sua definição de enfermagem é conhecida em todo o mundo, referida em várias obras sobre a conceitualização do ser enfermeiro, continuando a influenciar a prática da profissão, a educação dos profissionais e a investigação em enfermagem. Para definir enfermagem, procurou responder a questões como: “Qual é a prática de enfermagem? Quais as funções específicas que as enfermeiras desempenham? Quais são as atividades exclusivas das enfermeiras?” (GEORGE, 2000, p.59).

A primeira explicação de Henderson sobre enfermagem, surgiu em 1955, apresenta-se de forma generalista, na revisão de um livro de enfermagem de Bertha Harmer e diz o seguinte: “A enfermagem, basicamente, é o auxílio ao indivíduo (enfermo ou em boas condições) na realização daquelas atividades que favorecem a saúde ou recuperação (ou morte tranquila), que ele faria sozinho, caso tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. (...) auxiliar a pessoa a tornar-se independente desse auxílio o mais breve possível.” (GEORGE, 2000, p.62, referenciando Harmer&Henderson, 1955, p.4).

De acordo com George (2000) e Tomey & Alligood (2004), apesar de Henderson não os ter identificado como tal, das suas publicações foram reconhecidos como pressupostos: enfermagem, pessoa (cliente), saúde e ambiente, o que atualmente é conhecido como meta paradigma da enfermagem. Apesar de não referir Maslow nas suas influências, dá um enfoque especial para o atendimento do cliente, tendo em consideração as 14 necessidades humanas básicas.

Como postulados, os autores supra referidos, listam os seguintes:

- *A relação enfermeira-doente*: nas seguintes vertentes:

1) enfermeira enquanto substituta do doente

2) enfermeira enquanto auxiliar do doente

3) enfermeira enquanto parceira do doente.

- A *relação médico-enfermeira*: para Henderson a enfermeira tinha uma função única e distinta do médico, apesar de muitas funções dos enfermeiros e dos médicos se sobreporem

- A enfermeira enquanto *membro da equipa de saúde* – no sentido em que trabalha de forma interdependente com os restantes profissionais. Defende que as profissões não se devem sobrepôr umas às outras, mas cada uma ter o seu campo de atuação em consonância com as restantes, de forma a dar resposta integrada às necessidades identificadas e ao programa de cuidados traçado para o cliente.

De acordo com Henderson, os enfermeiros devem desenvolver hábitos de investigação e estudo em diversas áreas, de forma a conseguir proporcionar um cuidar efetivo em diversos cenários. Afirmava que era necessária investigação para avaliar e melhorar a prática dos enfermeiros.

Apesar das ideologias de Virgínia Henderson não serem recentes, se se pensar no que é ser enfermeiro atualmente, verifica-se que estas ainda se apresentam bem presentes nas realidades das instituições de saúde portuguesa e, com as quais a aluna se identifica.

Imogene King é a autora da Estrutura de sistemas de interação e da Teoria da consecução de objetivos. Em 1971, numa busca pela definição de enfermagem, tenta responder a questões como: “Qual o âmbito da prática de enfermagem e em que tipo de ambiente as enfermeiras desempenham as suas funções? (...) Que tipo de decisões as enfermeiras necessitam tomar no decurso do seu desempenho e responsabilidade?” (GEORGE, 2000. p.169).

No desenvolvimento de Estrutura dos sistemas de interação, King refere que o objetivo de uma estrutura concetual é organizar os conceitos, que advém do conhecimento, que pode ser usado por muitas disciplinas e constituir uma teoria. Os conceitos e conhecimentos podem ser similares para todas as disciplinas, mas a forma como cada uma delas o irá utilizar será diferente. King

identifica como elementos essenciais para formular a estrutura concetual: a meta, a estrutura, a função, os recursos e a tomada de decisão (GEORGE, 2000), que dependem da finalidade que deu origem à concetualização.

De acordo com o autor referido no parágrafo anterior, em situações relacionadas com a enfermagem, a consciência complexa do comportamento humano levou King a formular uma estrutura concetual que representa os sistemas pessoal, interpessoal e social como domínios da enfermagem. Os indivíduos relacionam-se dentro de sistemas dinâmicos/abertos de interação, nos quais os mesmos existem em sistemas pessoais (ex.: cliente, enfermeira.), que ao se relacionarem entre si, formam sistemas interpessoais (ex.: relação enfermeira-cliente), sendo os sistemas sociais, compostos por vários sistemas interpessoais que se relacionam entre si (ex.: sistemas de cuidados de saúde ou sistemas religiosos). Estes sistemas interagem entre si e daí advém o relacionamento entre eles, tendo os sistemas sociais maior poder de influência sobre os outros que o constituem.

A partir da estrutura dos sistemas de interação, em 1981, King desenvolveu o que George (2000) designa por Teoria da obtenção de metas e Tomey & Alligood (2004) por Teoria da consecução dos objetivos. Esta teoria, que aparece sob nomes diferentes, tem por base a questão: “Qual a natureza de Enfermagem?” (TOMEY & ALLIGOOD, 2004. p.147), e fundamento “nos sistemas interpessoais, nos quais duas pessoas, são geralmente estranhas, juntam-se em uma organização de saúde para ajudar e receber ajuda, mantendo um estado de saúde que permite o funcionamento em seus papéis” (GEORGE, 2000, p.175). Ambos os autores mencionam que o enfoque da teoria de King reflete a ideia de que o exercício de enfermagem é diferente do exercício dos outros profissionais, quer pela função dos profissionais, como pela maneira como atuam e cuidam dos clientes.

Os conceitos inerentes à teoria de King são: a interação, a perceção, a comunicação, a transação, o ser, o papel, o stresse, o crescimento desenvolvimento, o tempo e espaço pessoal. De acordo com George (2000), Imogene define **interação** como o processo de relação e comunicação entre a pessoa e o exterior, através de comportamentos verbais ou não verbais com vista

a alcançar os objetivos; **a percepção** como a representação que cada pessoa tem sobre o real; **comunicação** como a forma como a informação é transmitida entre as pessoas; **transação** como os comportamentos que advém da interação do homem com o ambiente (ex.: a negociação); papel conjunto de comportamentos esperados das pessoas que ocupam uma posição nos sistemas social; stresse como resposta energética da pessoa para com outras pessoas, objetos ou eventos stressores, o stresse pode alterar a capacidade para a pessoa alcançar o seu objetivo; **crescimento e desenvolvimento** são processos comportamentais que ocorrem na pessoa e a permite atualizar-se; **tempo** como eventos sequenciais que nos levam ao futuro; **espaço** como tudo o que rodeia o indivíduo e **saúde** como sendo o estado de saúde que o permite realizar os seus papéis, de forma a alcançar a sua meta (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Em 1990 Imogene desenvolveu as seguintes proposições para a sua teoria:

- Na interação enfermeira-cliente a transação ocorre se existir exatidão percetiva, congruência de papéis e comunicação;
- As transações permitem obtenção de metas, crescimento e desenvolvimento;
- Satisfação e assistência efetiva de enfermagem ocorrem quando se conseguir atingir a meta desejada.

King alega ainda que existem critérios internos e externos que são determinantes para a obtenção da meta. Como exemplos de critérios internos:

- A enfermeira está habilitada para exercer enfermagem profissional;
- O cliente tem necessidade dos serviços proporcionados pela enfermeira;
- A enfermeira e o cliente têm um relacionamento recíproco, pois a enfermeira tem o conhecimento, as habilidades especiais para comunicar, a informação apropriada que ajuda o cliente a estabelecer as metas; o cliente tem informações sobre si mesmo e perceções sobre os problemas ou preocupações

que, quando comunicados à enfermeira, ajudarão o estabelecimento comum de metas (GEORGE, 2000).

De acordo com o mesmo autor os limites externos são:

- Interações entre duas pessoas;
- Interações entre enfermeira habilitada e o cliente que necessita de ser atendido pela enfermeira;
- Interações em ambientes naturais;
- Controle do cliente.

Tomey & Alligood (2004) referem que o processo de interação humana é base para a conceção de um modelo de transações que representa o conhecimento teórico utilizado pelas enfermeiras para ajudar os indivíduos e grupos a alcançarem as suas metas.

Imogene King defende que o acompanhamento das práticas prevê uma dinâmica de supervisão que permita avaliar a informação considerada para a tomada de decisão, as alternativas colocadas, assim como, sobre os conhecimentos dos enfermeiros para considerar e avaliar essas alternativas (ABREU, 2003). O traçar de um objetivo entre uma enfermeira e um cliente, tem por base a avaliação do que o profissional faz sobre os problemas, preocupações e perturbações de saúde do cliente, nas perceções de ambos sobre a interferência e, na partilha de informação que ocorre entre eles que permite ao cliente alcançar as metas. King defende ainda que quando neste processo o cliente não se consegue expressar verbalmente, é a enfermeira que o faz por ele.

Ao discutir-se a estrutura concetual da teoria de King, esta é apresentada como uma teoria de enfermagem tendo como principais conceitos: ser humano, saúde, ambiente/sociedade e enfermagem, que são idênticos aos conceitos base de enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE. A enfermagem é entendida como um processo de ação, reação, interação e transação enfermeira-doente, com uma finalidade comum. É descrita como um comportamento que se pode observar nos cuidados

de saúde, com o objetivo de ajudar os clientes a manter a sua saúde de modo a que consigam realizar os seus papéis. Os seres humanos são entendidos como “sociais, reativos, percetivos, controladores, intencionais orientados para a acção” (GEORGE, 2000, p.177). Defende que a “saúde é um estado dinâmico do ciclo de vida; a doença é uma interferência ao ciclo de vida (...) uma compreensão da forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente para preservar a sua saúde é essencial para as enfermeiras” (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, p.387).

King defende que a enfermagem funciona na base da interação entre os profissionais, os clientes e o ambiente. Brown, referido pelos autores supracitados, afirma que o modelo de intrassistema de interação estimula a aprendizagem continua. Para King os enfermeiros que conseguem aplicar a teoria da consecução de objetivos, facilmente compreendem o que se passa com os clientes/famílias e intervêm de forma a abordar a situação.

De acordo com George (2000) King afirma que as enfermeiras se preocupam com a forma como o homem interage com o ambiente, e como isso lhe permite o autopreenchimento e manutenção da saúde. Defende ainda que o Homem tem três necessidades fundamentais de saúde: necessidade de “informação de saúde que no momento necessário possa ser utilizada (...) atendimento que procura prevenir a doença (...) atendimento quando é incapaz de cuidar de si” (GEORGE, 2000. p. 177), assim como considera que, as enfermeiras têm conhecimentos para investigar o que as pessoas sabem, o que pensam e como mantêm a sua saúde.

Para acompanhar a sua teoria e registar os objetivos e resultados alcançados, a teórica criou o sistema GONR (Registo de enfermagem orientado por metas, do inglês *Goal Oriented Nursing Record*) que é um método de recolha de dados, identificação de problemas, implementação e avaliação de cuidados que foram eficazes num serviço de internamento. Este método permite realizar um plano de cuidados de enfermagem personalizado e encorajar o cliente a participar nele.

A teoria de King serviu de base teórica para a realização de estudos nas mais variadas áreas de atuação da enfermagem, elaboração de planos de

cuidados em vários hospitais dispersos pelo mundo, assim como para escolas de enfermagem conceberem currículos de cursos, o que lhe permite influenciar enfermeiros por todo o mundo.

É numa relação como a que King defende entre os enfermeiros e os clientes que a aluna e autora deste relatório se revê profissionalmente. É este tipo de envolvimento profissional que tenta realizar todos os dias com os clientes das instituições em que trabalha, fazer tudo o que está ao seu alcance, traçando um plano de cuidados dirigido, mobilizando conhecimentos e competências para ajudá-los a alcançar os seus objetivos – normalmente a busca pela manutenção ou recuperação da saúde e/ou bem-estar.

A elaboração do PIS e do PAC, abordados nos capítulos seguintes, tem como objetivo alcançar uma meta que permitirá melhorar a qualidade de cuidados aos clientes da unidade de cuidados intermédios em que trabalha, ou seja, os seus objetivos vão ao encontro dos objetivos dos seus clientes – prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Neste segundo capítulo apresenta-se uma exposição do projeto de intervenção em serviço, realizado no âmbito do curso de mestrado que se aborda neste relatório. Primariamente encontra-se o enquadramento do projeto, seguindo-se exposição de como se efetuaram as fases que compuseram o seu desenvolvimento, desde o diagnóstico de situação até à avaliação do realizado. No terceiro e último subcapítulo realiza-se uma análise reflexiva sobre as competências comuns de enfermeiro especialistas e específicas de especialista em pessoa em situação crítica, que o projeto relatado permitiu desenvolver.

2.1 ENQUADRAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

De acordo com Bolander (1998) anualmente cerca de 6% dos clientes hospitalizados contraem infeções durante o internamento. As infeções contraídas em ambiente de cuidados de saúde que são atualmente chamadas de infeções associadas aos cuidados de saúde – IACS.

Potter relembra que os enfermeiros “têm a oportunidade de dar o seu contributo para os cuidados de saúde de qualidade e rendíveis, concentrando-se em estratégias de prevenção e controlo de infeção” (POTTER et al, 2006, p. 174). A saúde deve ser vista como vetor de desenvolvimento, o que pressupõe que a mesma seja parte integrante de uma estratégia de intervenção multisectorial, com projetos que tenham características de sustentabilidade (Brissos, 2004). O PIS que se relata neste capítulo, realizou-se no decorrer das unidades curriculares estágio (I,II,III) do 1º Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

De acordo com o código deontológico do enfermeiro, face ao dever para a comunidade, o enfermeiro tem o dever de: “a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.2). Para a

produção do PIS foi necessário identificar uma necessidade/problema no local onde o estágio se desenvolveu, neste caso Unidade de cuidados intermédios de medicina (UCIM) do Centro Hospitalar (CH) em que a aluna trabalha e realizou os estágios. Era fulcral focar uma real necessidade do serviço, pelo que se ouviu a enfermeira-chefe que listou algumas necessidades efetivas e passíveis de abordar. Como forma de escolher o tema que seria mais pertinente, foram contactados enfermeiros da unidade, que elegeram como necessidade primária a elaboração de um guia orientador de boas práticas na prevenção e controle da disseminação de microrganismos, que reunisse, de forma objetiva e de fácil acesso, todas informações sobre os cuidados a ter perante um caso com necessidade de isolamento geográfico.

A Direção geral da saúde (DGS) reconhece as IACS como um problema nacional de grande acuidade, afetando a qualidade da prestação dos cuidados, a qualidade de vida e a segurança dos clientes e dos profissionais e, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde. Uma atuação nacional planeada e bem estruturada que mobilize profissionais especializados e disponibilizados para o efeito, conseguiria evitar cerca um terço destas infeções. É fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente às IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica, sustentados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, designadamente recomendações de boas práticas e, pela formação e informação dos profissionais (DGS, 2007).

O CH define como dois dos seus princípios da qualidade: “a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis” (CH, 2012a). Por outro lado a comissão de controlo de infeção (CCI) do CH defende procedimentos que visem a uniformização das práticas de assepsia, higiene e segurança de utentes e profissionais, de modo a prevenir a transmissão cruzada de infeção (CH, 2012b).

De acordo com Martins (2001) uma infeção resulta da interação de um organismo capaz de produzir infeção (agente infeccioso) com um hospedeiro, originando a cadeia de infeção: agente (portador do agente infeccioso) -

transmissão (meio que transporta o agente infeccioso) - hospedeiro (organismo que recebe o agente infeccioso ficando infectado). As medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar visam quebrar esta cadeia, com o objetivo de evitar a propagação dos organismos infecciosos evitando consequências que se podem tornar graves e a vários níveis - social, económico-financeiro, ético-moral, entre outros - quer para o indivíduo que fica infectado (clientes internados, profissionais ou acompanhantes dos clientes), como para a instituição hospitalar. Após a identificação do microrganismo e da via de transmissão, é fundamental que se adotem medidas de proteção específicas para evitar a sua propagação.

De acordo com a CCI do CH a prevenção das infeções hospitalares começa com a adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde. No que respeita ao controlo da infeção, existem práticas recomendadas e cientificamente validadas como eficazes na diminuição da incidência de IACS. Os profissionais que prestam cuidados devem conhecer tais recomendações e compreender a importância da sua aplicação (CH, 2012). Deste modo a CCI elabora documentos de orientação de boas práticas e, disponibiliza-os pelo CH para que todos os profissionais prestem cuidados de qualidade.

O trabalho realizado no âmbito do PIS enquadra-se ainda nas sete categorias dos enunciados descritivos do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica: prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Partiu-se do princípio que já existe informação disponível sobre este tema, mas tornou-se relevante compilá-la de forma clara e sucinta e fornecê-la aos profissionais desta unidade.

2.2 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A palavra projeto deriva do latim *projectare* que significa lançar para a frente, atirar, ou então, um esforço temporário empreendido para criar um produto (Dicionário da língua portuguesa, s.d.). A elaboração de um projeto, não é mais do que traçar um plano que tem como finalidade resolver, minimizar ou simplesmente estudar um problema identificado e que tem necessidade de intervenção, determinando o quê e o como é necessário fazer, para alcançar o objetivo traçado.

Considerada como uma mais-valia curricular, a formação em contexto clínico deve conter em si uma fonte de saberes que satisfaça as necessidades da organização onde decorre a formação, dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e/ou comunidade), pelo que deve ser entendida numa tripla vertente de saberes: *saber* (dimensão cognitiva), *saber fazer* (dimensão operativa/técnica) e *saber ser e estar* (dimensão ética e relacional) conseguindo uma articulação transversal e de carácter evolutivo (MIRANDA, 2010).

A formação em contexto clínico justifica-se pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transferidos para o espaço do cuidar, resultam numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente (CARVALHO, 1996). Por sua vez Benner refere que “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem” (BENNER, 2001, p.40). Deste modo considera-se que os problemas decorrentes da prática clínica se proporcionam como temas de análise e partilha de ideias para se desenvolver, em contexto de projetos de aprendizagem.

Parafraseando Ruivo “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (RUIVO et al, 2010, p.4) Com vista ao desenvolvimento do PIS utilizou-se a metodologia de projeto. Um trabalho de projeto deste âmbito pressupõe uma metodologia, isto é, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para

estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (LEITE et al, 2001), problemas estes que “surtem da necessidade de responder a um desejo, de resolver uma necessidade ou de enfrentar um desafio” (RUIVO et al, 2010. p.5). Face à metodologia de projeto, os mesmos autores dividem-na em 5 fases:

- Elaboração do diagnóstico de situação;
- Planificação das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação do trabalho;
- Divulgação dos resultados.

2.2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como finalidade realizar “um mapa cognitivo sobre a situação, problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (RUIVO, 2007. p. 10). O diagnóstico de situação é um processo dinâmico que corresponda às necessidades identificadas.

O PIS descrito neste relatório desenvolveu-se na unidade de cuidados na qual a aluna se encontra a desempenhar funções como enfermeira de cuidados gerais.

Os clientes desta unidade são predominantemente pessoas a vivenciar processos complexos de doença e em situação crítica, com necessidade de cuidados especializados, vigilância e controlo de sinais e sintomas diferenciados. Pelas características e potencial de desenvolvimento de cuidados na respetiva unidade, considerou-se este local ideal para realizar os estágios I, II e III e desenvolver o PIS. Em apêndice I encontra-se o diagnóstico de situação elaborado.

A unidade curricular de investigação, lecionada no primeiro semestre do curso, constitui-se como fundamental para a mobilização de conhecimentos que permitiram o sucesso do projeto em análise.

2.2.1.1 Necessidade identificada

Aquando da necessidade de identificar uma área de intervenção para a elaboração do PIS, tornou-se fulcral encontrar um problema ou necessidade real do contexto no qual se desenvolveu o maior período de estágio, e que fosse sensível à intervenção de enfermagem.

Toda a investigação envolve recolha de dados sobre o que se quer explorar. De acordo com Fortin (1996) a recolha de dados é uma colheita sistemática de informações junto de pessoas pertinentes, com ajuda de métodos de colheita (ex.: observações, entrevistas, questionários, escalas normalizadas). A entrevista e os questionários são os métodos mais utilizados de colheitas de dados. A entrevista é um modo de comunicação verbal estabelecido entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher informações relativas a factos, ideias, comportamentos, preferências, necessidades, sentimentos, de entre outros. Existem dois tipos de entrevista: estruturada ou uniformizada e entrevista não estruturada ou não uniformizada. Para conseguir identificar a necessidade/problema a trabalhar, realizaram-se entrevistas inteiramente não estruturadas, que são as entrevistas em que os entrevistados são encorajados a falar livremente dos temas propostos pelo entrevistador (FORTIN, 1996).

Outro dos métodos utilizados no decorrer da colheita de dados foi o recurso à observação de comportamentos. Hicks (2006) refere que a observação, em qualquer tipo de investigação, significa que o investigador pode recolher informações sobre um assunto do seu interesse, através de um registo direto e da perceção de factos que sejam relevantes para a investigação.

Com o intuito de conhecer as necessidades de intervenção no contexto, primariamente realizaram-se entrevistas não estruturadas, através de conversas informais, com a enfermeira chefe do serviço, das quais surgiram alguns temas

pertinentes a desenvolver no projeto. Com as ideias fornecidas pela enfermeira chefe, pediu-se opinião aos enfermeiros da unidade para saber qual seria o mais pertinente abordar neste momento. Destas conversas informais, de entre as quais com a enfermeira elemento dinamizador da CCI da unidade, emergiu a seguinte necessidade:

- ✓ Compilar informação sobre os principais microrganismos passíveis de transmissão de infeção, que originam a necessidade de colocar o cliente em condições de isolamento (contato, gotículas e via aérea) e de adotar cuidados específicos

Com o decorrer do projeto e como forma de o tornar o mais ajustado possível à realidade da UCIM primariamente por sugestão da enfermeira chefe e, com o conhecimento e autorização da orientadora do estágio, optou-se por não abordar as infeções por via aérea, uma vez que a unidade e o serviço onde esta se insere, não reunirem condições para ter internados clientes com este tipo de infeção.

A necessidade identificada e trabalhada, tem como tema central a segurança dos clientes e profissionais, no que se concerne às políticas de controlo de infeção nos sistemas de saúde, assim como se insere nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: satisfação do cliente, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e, organização dos cuidados de enfermagem.

Como forma de definir estratégias que pudessem colmatar problemas previsíveis à partida, realizou-se uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) para conhecer as oportunidades e ameaças, os pontos fortes e fracos do projeto (Apêndice II). A análise SWOT é uma ferramenta de análise estratégica que expõe os pontos fracos e fortes de uma organização, enquadrada pelo meio envolvente, com as suas oportunidades e ameaças (SANTOS, 2008). Da análise efetuada podemos constatar que este projeto de intervenção possuía mais oportunidades e pontos fortes do que ameaças ou pontos fracos. Para combater as ameaças e pontos fracos trabalhou-se com convicção, dedicação e empenho, de forma a colmatar as possíveis falhas.

O desafio que surgiu ao abordar este tema tornou-se interessante para a aluna, pelo que validou a sua pertinência com a enfermeira chefe, a enfermeira orientadora do estágio e enfermeira responsável pela CCI e, com a professora da ESS, sendo unânime a pertinência e aprovação do tema para realização do PIS.

A necessidade identificada e o projeto de intervenção a que deu origem, surgem no âmbito do controlo de infeção, que por sua vez se enquadra na competência K3 do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas” (ORDEM ENFERMEIROS, 2011. p.8649), assim como no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista - responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

No momento em que foram realizadas as conversas informais referidas anteriormente e que deram início ao projeto de intervenção em análise, foi unânime o facto de o controlo de infeção ser uma área fulcral para a qualidade de cuidados de enfermagem e de grande interesse para desenvolver, visto que muitos dos profissionais apresentavam dúvidas aquando da identificação de microrganismos infecciosos passíveis de transmitir a infeção a outros clientes, profissionais e/ou às visitas que contactam com o cliente infetado ou colonizado e, por este motivo, levam à necessidade de colocar o doente em isolamento (contacto, gotículas) e adotar cuidados específicos. As principais dúvidas apresentadas relacionaram-se com o tipo de microrganismo, a sua forma de transmissão e contágio, medidas de proteção e outros cuidados a adotar.

Ainda neste âmbito, outra necessidade identificada pelos enfermeiros da unidade e constatada ainda pela observação direta de comportamentos, relaciona-se com a dificuldade que alguns familiares/visitantes apresentam na utilização das medidas de proteção individual, desconhecimento dos cuidados a ter, pelo que se tornou também importante fornecer-lhes informações adequadas.

2.2.1.2. Problemas identificados

A identificação do problema é o início da concretização de uma investigação ou de um projeto. Segundo Almeida e Freire (2007) o problema caracteriza-se por identificar e descrever, apreciar a pertinência e precisar o objetivo. Ainda de acordo com os mesmos autores, o problema deve: ser concreto e real, estar formulado de forma clara e perceptível, reunir condições para o estudo, operacionalizável e ser relevante para a teoria e/ou a prática.

Com a identificação da necessidade delineou-se o seguinte problema geral:

- Défice de informação sobre os microrganismos passíveis de transmissão de infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades.

Como problemas parcelares que compõem o problema geral identificado surgiram:

- Falta de conhecimento sobre os microrganismos passíveis de transmitir infeção cruzada;

- Falta de conhecimento sobre os cuidados a ter de acordo com o microrganismo identificado e que origina necessidade de isolamento do portador

- Desconhecimento das medidas de proteção de acordo com o microrganismo identificado e que origina necessidade de isolamento do portador

- Desconhecimento dos familiares/visitantes, sobre os cuidados a ter durante o contato com o cliente isolado.

Foi neste contexto que surgiu a ideia de realizar um *Guia prático sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção*, para ficar disponível na unidade para consulta sempre que necessário.

2.2.1.3. Determinação de Prioridades

Após a identificação da necessidade para estudo, reconhecimento dos problemas subjacentes à necessidade e, com o intuito de direcionar o foco de estudo para o objetivo traçado, definiu-se como principais prioridades:

- Conhecer os principais microrganismos identificados que motivaram isolamento de clientes na UCIM;
- Recolher informação sobre os microrganismos identificados;
- Elaborar o guia prático de orientação sobre os cuidados a prestar para os enfermeiros;
- Elaborar materiais informativos para fornecer às visitas dos clientes.

2.2.1.4. Objetivos

Os objetivos de um projeto devem ser centrados na resolução de um problema, claros, precisos, formulados em enunciado declarativo, exequíveis e mensuráveis.

O PIS, denominado: *Guia prático sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção*, tem como objetivo geral:

Elaborar um guia prático sobre os microrganismos potencialmente infecciosos identificados e os cuidados a ter na sua presença

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela OE: “Reconhece-se que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.10). Ambicionou-se que este projeto se transformasse num guia orientador de boas práticas, que reunisse informação credível e de fácil acesso, sobre os microrganismos e os cuidados necessários quando identificados.

Concomitantemente com a definição do objetivo geral e, para lhe dar resposta, determinou-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os microrganismos passíveis de transmitir infeção frequentemente identificados nos doentes internados na UCIM;
- Recolher informação sobre os microrganismos que podem transmitir infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades;
- Disponibilizar fichas técnicas sobre as medidas a adotar pelos profissionais da UCIM de acordo com tipo de isolamento;
- Disponibilizar aos familiares/visitantes, informação sobre os principais cuidados a ter de acordo com o tipo de isolamento.

2.2.2 Planeamento/ cronograma inicial

Num sentido lato planeamento deriva de planear que, não é mais do que planificar, organizar ou programar algo. “Planificar é usar procedimentos para introduzir organização e racionalidade na ação, com o propósito de alcançar determinadas metas e objetivos”(ANDER-EGG e IDAÑEZ,1999, p. 22).

Para a elaboração do PIS aqui relatado, realizou-se um mapa de planeamento que pode ser consultado através do apêndice III.

Do planeamento do PIS fizeram parte:

- identificação de atividades/estratégias a desenvolver, recursos necessários e indicadores de avaliação, definidos para cada objetivo proposto;
- cronograma de atividades que contemplou a previsão de todas as fases do projeto, e que pode ser consultado no apêndice IV.
- proposta de orçamento (apêndice V) que previu cerca de 1016,18€ como os custos monetários relacionados com a realização e implementação do PIS

- previsão de constrangimentos e a forma de os ultrapassar.

O planeamento do PIS foi elaborado de forma a responder aos objetivos traçados em tempo útil.

2.2.3 Execução

Com vista à execução dos objetivos traçados, foram delineadas atividades/estratégias a desenvolver para facilitar a realização dos mesmos, que podem ser consultadas através da observação detalhada do mapa de planeamento do projeto (apêndice III). Para ser mais fácil perceber como foram alcançados os objetivos a que nos propusemos, passa-se a explicitar o realizado:

Objetivo a) Conhecer os microrganismos passíveis de transmitir infeção frequentemente identificados nos clientes internados na unidade

Como forma de alcançar o primeiro objetivo proposto e que foi a base de partida para a execução do objetivo geral, começamos por consultar o estudo realizado no ano de 2010 (dados mais recentes aquando do início de realização da pesquisa), elaborado pelas enfermeiras elementos de ligação do serviço com a CCI. Foi através do estudo realizado no serviço, na qual se integra a unidade de cuidados onde se desenvolveu o estágio e projeto em análise, que se conseguiu perceber que os microrganismos abaixo indicados são os que mais prevalecem:

- Staphylococcus Aureus Meticilina Resistentes (MRSA)
- Pseudomonas Aeruginosa
- Clostridium Dificille
- Acinetobacter Baumanii
- Staphylococcus Aureus
- Escherichia coli
- Klebsiella
- Escabiose
- Haemophilus Influenzae

Confrontando os dados obtidos, com a informação recolhida no Observatório português dos sistemas de saúde (OPSS), verificou-se que são similares aos publicados pelo Relatório de primavera 2011. De acordo com o referido relatório do OPSS, o padrão das resistências é influenciado pela importação de microrganismos resistentes em doentes provenientes de outros espaços do hospital, ou pelo exagerado consumo de antimicrobianos fora da própria unidade. Em estudos realizados, o padrão das resistências nas unidades de cuidados intensivos (UCI), apresenta níveis muito elevados para *Staphylococcus aureus*, (embora com ligeira redução nos últimos oito anos) e para *Acinetobacter baumannii*, com crescimento dos níveis de resistência nos últimos cinco anos. Em relação às *Pseudomonas aeruginosa* existe uma evolução em sentido inverso para os carbapenemos (com aumento) e quinolonas (em decréscimo). A *Klebsiella pneumoniae* apresenta valores de crescimento das resistências em forte aceleração (duplicou para as cefalosporinas) enquanto para a *Escherichia coli* verificaram um decréscimo acentuado das resistências. Globalmente, o padrão de resistências é elevado para este grupo de bactérias, com cerca de 60% de multirresistentes (OPSS, 2011).

Foi a partir da identificação dos microrganismos que motivaram a necessidade de colocar clientes em isolamento setorial, que logo se percebeu que os que mais prevaleciam eram os microrganismos passíveis de transmitir infeção via contato e/ou gotículas, o que levou à necessidade de centralizar a atenção do guia nestes microrganismos e vias de transmissão. Como o local onde se realizou o estágio, não reúne condições para internar clientes portadores de microrganismos transmissíveis por via aérea não se constituindo como uma realidade, por sugestão da enfermeira chefe e com parecer positivo da orientadora, a aluna optou por não abordar os cuidados a ter nos isolamentos por microrganismos transmissíveis por via área no guia elaborado.

Outra das atividades propostas consistia era disponibilizar-se para colaborar no estudo com o mesmo objetivo planeado para 2011. No início do segundo estágio, quando foi possível manifestar intenção de participar no referido estudo, o mesmo já se encontrava em curso e a ser realizado pelas enfermeiras elementos de ligação com a CCI, pelo que ficou combinado com as mesmas, que

futuramente a aluna e colega se encontra disponível para participar em eventuais projetos deste âmbito.

Apesar de não ser possível colaborar no estudo suprarreferido, pode-se concluir que o objetivo específico proposto foi alcançado através das outras atividades realizadas.

Objetivo b) Recolher informação sobre os microrganismos que podem transmitir infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades

Após a identificação dos principais microrganismos e necessidades de isolamento que motivam, tornou-se mandatário reunir informação pertinente e fidedigna sobre os cuidados a ter para, tendo por base as políticas de segurança do cliente e profissionais, prevenir a infeção cruzada. Optou-se por realizar uma revisão alargada da bibliografia disponível sobre o assunto, de modo a que se fundamentasse numa enfermagem baseada na evidência, que Wilson de Abreu define como: “processo através do qual os enfermeiros adoptam decisões clínicas com base em investigação credível, na sua própria experiência e nas decisões dos próprios utentes. Implica recurso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência para tomar decisões sobre os cuidados prestados aos utentes” (ABREU, 2007, p.66). Neste sentido e, de acordo com a mesma fonte, os enfermeiros:

- Identificam problemas, à luz dos conhecimentos atuais disponíveis;
- Procuram pesquisas relevantes;
- Avaliam as evidências emergentes, com base em apreciações de mérito e qualidade;
- Tomam decisões clínicas, justificando cientificamente as suas opções;
- Colaboram na formalização dos saberes que se constituem em referências para a decisão clínica.

Com o intuito de reunir a informação mais credível e atualizada para a consecução deste objetivo, foram realizadas variadas pesquisas. Para tal começou-se por pesquisar o que existia no centro hospitalar de diretrizes sobre o

tema. Foram realizadas consultas no site do hospital, na pasta pública da CCI disponível na intranet, e que reúne todas as circulares informativas e procedimentos emanados pela comissão, aprovados pela administração do CH e que devem ser aplicados em todos os serviços do centro.

Na tentativa de obter mais informação científica, realizou-se uma vasta pesquisa em bases científicas, nomeadamente, Pub med, Medline, Cochrane, Bion, Scielo. Em todas elas foram utilizadas como principais palavras-chave: *infection control*, *hospitalar infection control*, *prevention nosocomial infection*, *multiresistant microorganisms*. Das pesquisas elaboradas e, do vasto número de artigos disponíveis, foram selecionados os seguintes:

➤ The relationship of public health to the infection preventionists in United States hospitals, 2011: a partnership for change. consultado a 15 de junho de 2012, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22626257>

➤ Health care workers' perceptions predicts uptake of personal protective equipment. consultado a 25 de maio de 2012, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22633133>

➤ Improving implementation of infection control guidelines to reduce nosocomial infection rates: pioneering the report card. consultado a 25 de maio de 2012, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22627068>

➤ Health care workers' perceptions predicts uptake of personal protective equipment. Consultado a 29 de Maio de 2012, disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655312001538>

➤ Pomada de mupirocina para prevenir las infecciones por Staphylococcus aureus en portadores nasales. consultado a 14 de abril de 2012, disponível em <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006216>

➤ Isolation measures in the hospital management of methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA): systematic review of the literature

consultado a 14 de abril de 2012, disponível em <http://www.bmj.com/content/329/7465/533>

➤ La multirresistencia: un problema a abordar en forma interdisciplinaria e interinstitucional. Consultado a 17 de abril de 2012, disponível em <http://www.sadi.org.ar/files/DOCUMENTO%20FINAL%20Taller%20INE-SADI%202011.pdf>

➤ Infection control strategies for preventing the transmission of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people. Consultado a 3 de Maio de 2012, disponível em <http://summaries.cochrane.org/CD006354/infection-control-strategies-for-preventing-the-spread-of-meticillin-resistant-staphylococcus-aureus-mrsa-in-nursing-homes-for-older-people>.

Estes documentos recolhidos de bases científicas, foram escolhidos de acordo com a sua atualidade e pertinência dos seus conteúdos. Para além dos documentos selecionados das bases científicas, realizou-se uma pesquisa em sites de organizações portuguesas de referência, nomeadamente DGS, Instituto qualidade em saúde, Instituto Ricardo Jorge, CH, como também em Manuais de controlo de infeção, no site da organização mundial de saúde, que se constituíram como mais pertinentes, sendo o guia elaborado fundamentado, principalmente, nas *guedlines* emanadas por estas organizações.

Optou-se por recorrer a uma revisão sistemática da literatura, que de acordo com Ramalho (2005), deve ser o primeiro passo para a tomada de decisões na prestação de cuidados de enfermagem. Os resultados de estudos deste tipo, servem para elaborar guias da prática clínica de enfermagem, que tenham por base a análise de revisões sistemáticas de estudos primários de boa qualidade. O autor defende ainda que, “a enfermagem baseada em evidência deve conciliar a melhor evidência da investigação, com a opinião dos especialistas e com as opções e valores dos utentes” (RAMALHO, 2005, p.55).

Toda a informação colhida para ser considerável credível, foi submetida a uma avaliação crítica da sua evidência científica, sendo avaliada por pessoas

consideradas peritos nesta área, como a enfermeira-orientadora e responsável pela CCI, assim como, pela enfermeira-chefe, enfermeira elemento de ligação da unidade com a CCI e professora orientadora.

A seleção da informação realizou-se de acordo com a sua pertinência e aquilo que era específico para colocar nas fichas técnicas. Com o evoluir da pesquisa, o decorrer do estágio, reuniões com a orientadora e conversas informais com os colegas da unidade, tornou-se pertinente elaborar um guia que contempla-se para além das fichas técnicas, um glossário que ajudasse a definir termos pertinentes relacionados com o tema do guia, alguma contextualização e enquadramento do tema, assim como as diretrizes que dão apoio às fichas técnicas, que foram colocadas em anexo, para consulta sempre que necessário. De forma a que o guia fosse ao encontro das normas de orientação clínica, em vigor na UCIM e em todo o CH, optou-se por fundamentar o guia principalmente nestas fontes de informação, que por sua vez, são de acordo com as *guedlines* nacionais e internacionais.

Esta fase de colheita de informação credível, tornou-se mais exaustiva, prolongando-se temporalmente mais do que tinha sido previsto no cronograma inicial (superior às 110H), o que levou a um atraso no início da execução do objetivo seguinte.

Objetivo c) Disponibilizar fichas técnicas sobre as medidas a adotar pelos profissionais da UCIM de acordo com tipo de isolamento

Concomitantemente com a recolha de informação pertinente foi sendo realizada uma seleção e organizada de acordo com o tipo de isolamento referente (contato ou gotículas), ou as diferentes partes que compõem o guia. Esta fase decorreu entre as segundas semanas quinzenas de maio e junho de 2012, sensivelmente.

Relativamente às fichas técnicas e, como referido anteriormente, em colaboração com a orientadora de estágio e profissionais da unidade, selecionou-se os subtemas mais pertinentes e lógicos, que fossem ao encontro das

necessidades de informação dos profissionais, oferecesse informação credível e adequada à situação concreta, de forma a tornar a posterior consulta fácil e exequível. Para tal, optou-se por basear as fichas técnicas nas normas de orientação clínicas emanadas pela CCI e aprovadas pelo Conselho de administração do CH, visto que estas se encontram atualizadas, em vigor, e de acordo com a bibliografia consultada.

Durante o estágio e execução do PIS, constatou-se que os dísticos que se colocavam junto à unidade do cliente em isolamento se encontravam desatualizados, pelo que se efetuou uma revisão dos mesmos de forma a conterem informação correta, de acordo com as *guidelines* orientadoras e o guia elaborado. Os dísticos reformulados podem ser consultados em apêndice VI e VII, e encontram-se disponíveis para uso no guia prático na UCIM, sendo também utilizados em todo o serviço de medicina interna do CH.

A realização do glossário, enquadramento, precauções básicas, precauções específicas realizou-se de acordo com bibliografia consultada.

A informação sobre a utilização dos equipamentos de proteção individual, chave no controle de infeção, que se encontra no guia remete-nos para a formação realizada dia onze de maio de 2012, com o tema “Cuidados a ter nos isolamentos e utilização dos equipamentos de proteção individual”, realizada na sala de sessões do serviço de medicina interna, com o objetivo de chamar a atenção dos profissionais para a temática, e integrou a sessão de formação *Unir esforços*, dinamizada em conjunto com as enfermeiras elementos de ligação com a CCI, na qual foram apresentadas outros temas relativos ao controle de infeção (seleção de resíduos e limpeza de superfícies e equipamentos). Relativamente à sessão enquadrada no projeto em análise, foi realizado um plano de sessão (que se encontra em apêndice VIII), um powerpoint (apêndice IX) que durante a sua execução foi discutido com a enfermeira orientadora, enfermeira-chefe do serviço e elementos de ligação com a CCI, de modo a que a sessão respondesse às reais necessidades dos profissionais. A duração da sessão foi cerca de trinta minutos, e tornou-se um importante momento de formação, esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos. A sua avaliação foi bastante positiva por parte dos profissionais que assistiram. Devido à sua pertinência, ficaram de ser

programadas novas sessões como forma de transmitir estes conhecimentos ao maior número de profissionais possíveis.

O *powerpoint* da formação foi elaborado de acordo com bibliografia consultada, matéria lecionada em aulas do segundo semestre do módulo Cuidados ao cliente com múltiplos sintomas/controlo de infeção, onde foram abordados conceitos do controlo e prevenção da infeção, (ex.: importância da correta lavagem das mãos, utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, vários tipos de isolamento, importância das comissões de controlo de infeção) que são de extrema importância no ato de cuidar, sendo que a sua mobilização facilita o diagnóstico, planeamento e execução dos cuidados prestados diariamente. Ainda no contexto deste módulo foi pedido aos mestrandos que elaborassem uma apresentação para a aula, para um máximo de dez minutos, sobre um dos temas abordados em aula e que considerassem importante. Optou-se por efetuar uma apresentação sobre a correta utilização dos equipamentos de proteção individual a utilizar de acordo com o respetivo tipo de isolamento, que se converteu na base de partida para a formação realizada em serviço.

Consoante se executavam as diferentes partes deste projeto e, após preparar um primeiro esboço do guia, realizaram-se reuniões com a enfermeira orientadora e enfermeira responsável pela CCI, de modo a receber feedback em relação à composição do guia. O feedback foi bastante positivo, foram dadas algumas sugestões que foram alvo de atenção especial e realizadas as devidas alterações sugeridas.

No final da segunda semana de junho, o guia (apêndice X) ficou disponível na unidade onde o estágio se realizou, para ser consultado e avaliado pelos responsáveis e restantes profissionais da unidade. Para tal, foi aplicado um breve questionário (apêndice XI) de resposta fechada, que acompanhou o guia, como forma de avaliar o resultado do PIS. Da análise do questionário aplicado a catorze profissionais (82,35% dos profissionais da UCIM), constatou-se uma avaliação bastante positiva do trabalho realizado, visto que avaliaram o guia como excelente relativamente à sua pertinência, utilidade, conteúdos abordados e organização e, como muito bom no que se refere à adequação dos termos. Não

tendo sido verificada qualquer proposta de alteração. Pelo que se considerou o guia finalizado e aprovado pelas responsáveis e profissionais da unidade, sendo objetivo específico superado, assim como, o objetivo geral alcançado.

Objetivo d) Disponibilizar aos familiares/visitantes, informação sobre os principais cuidados a ter de acordo com o tipo de isolamento.

O conceito família tem sido alvo de evolução ao longo dos tempos. Inicialmente pertencente à família eram as pessoas que partilhavam o mesmo sangue, atualmente considera-se família quem o indivíduo reconhece como seu familiar com quem partilha laços de afetividade, sem ter obrigatoriamente laços de sangue. Estas pessoas identificadas pelo cliente (que podem não pertencer à “família de sangue”), são consideradas como pessoas significativas nas unidades hospitalares. São estas pessoas que normalmente e, em situação de doença cuidam uns dos outros no domicílio, que se podem tornar em parceiros, aliados essenciais, parte integrante e fundamental no planeamento dos cuidados ao nosso cliente. A necessidade de integrar quem é importante para o cliente, torna-se fundamental quando se está perante um caso de cliente em isolamento, em que existem cuidados especiais a cumprir, fundamentais para minimizar a transmissão da infeção. Foi por este motivo e, constatado através de observação direta de comportamentos em contexto profissional e de estágio, que se evidenciou como essencial dar especial atenção aos familiares/pessoas significativas que visitam os clientes que se encontram em isolamento, uma vez que a sua grande maioria apresenta dúvidas, medos ou receios relativamente à aproximação ao seu ente querido, diagnóstico e previsão do futuro.

Na fase de planeamento do PIS uma das atividades proposta era elaborar material, com informação pertinente, que fosse informativo e clarificador das necessidades adicionais de segurança instituídas, para fornecer às visitas. Com o decorrer do estágio e execução do projeto, verificou-se que os elementos dinamizadores da CCI tinham reformulado recentemente um panfleto (anexo I), que se encontrava aprovado pela CCI. Quando se manifestou a vontade de fazer um panfleto para fornecer, os elementos dinamizadores mostraram-se disponíveis

para participar neste projeto, facultando o panfleto para integrar o guia. Como referido, o panfleto encontrava-se atual, aceite pela CCI e ia ao encontro da necessidade identificada, pelo que se aceitou a disponibilidade das colegas que o elaboraram, sendo integrado no guia prático como apêndice, sendo atualmente fornecido a quem visita o cliente em condição de isolamento geográfico, como complemento das orientações realizadas e esclarecimento de dúvidas aquando do acolhimento da família/pessoas significativas.

2.2.4. Avaliação

Após terminar, a satisfação decorre em empreender um projeto a adquirir a forma desejada, visionar o resultado obtido e como atualmente é considerado um documento de referência para os profissionais da UCIM.

Nem tudo ocorreu como inicialmente planeado. Foram algumas as adaptações efetuadas ao planeamento inicial, quer na reformulação do título, adaptação dos objetivos, intervenções e formato final do guia em si. As alterações realizadas deveram-se à necessidade de tornar o documento naquilo que os profissionais pretendiam, sendo o mais prático possível, de fácil consulta e adaptado à realidade da UCIM, respeitando as normas, protocolos e indicações da CCI e CGR em vigor no centro hospitalar. O cronograma inicial foi praticamente todo cumprido, exceto a fase da pesquisa bibliográfica que acabou por se tornar mais exaustiva e com um dispêndio de tempo muito superior ao inicialmente planeado, o que acabou por atrasar o início das atividades seguintes, mas nada que, no final, colocasse em causa a entrega do guia em tempo útil.

O orçamento final não excedeu, nem foi muito inferior, ao orçamento inicialmente previsto, o que se constitui como um bom exemplo de antevisão dos gastos inerentes à execução do projeto planeado.

Em forma de avaliação final do projeto realizado, considera-se que este conseguiu responder ao desafio colocado inicialmente, tendo sido permitido realizar a maioria das atividades e atingir todos os objetivos planeados. A avaliação do guia prático elaborado foi muito positiva, o que se consegue

perceber também pela importância que presentemente o guia tem para os profissionais da unidade, como sendo um documento de consulta de referência no âmbito dos cuidados ao cliente em isolamento geográfico.

2.3 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA QUE O PIS AJUDOU A DESENVOLVER

O projeto de intervenção descrito neste capítulo contribuiu para o desenvolvimento de competências gerais de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se relata em 2.3.1 e 2.3.2.

2.3.1 Competências comuns de enfermeiro especialista

O REPE define enfermeiro especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.3).

Como o próprio nome indica, competências comuns dos enfermeiros especialistas (anexo II), são as competências que todos os enfermeiros especialistas possuem. No Decreto-lei n.º35/2011, são descritas como “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011. p. 8649).

De acordo com o MDP (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b), o enfermeiro especialista possui como domínios de competências: a responsabilidade ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados,

desenvolvimento das aprendizagens e prestação de cuidados especializada, de acordo com a área de especialização escolhida. Assim sendo, o enfermeiro especialista, possui como competências:

2.3.1.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As unidades de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

- a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O número um do artigo 8º do REPE ao abordar o exercício profissional dos enfermeiros menciona que: “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.3). Neste sentido, a prática diária do profissional de enfermagem deve obedecer e respeitar a responsabilidade profissional, ética e legal. Foi com base nesta certeza que se desenvolveu o PIS abordado neste relatório, respeitando assim esta competência, orientando o seu campo de intervenção (segurança dos clientes e pessoas que interagem com ele) para uma prática profissional e ética para com o outro, promovendo e respeitando concomitantemente os direitos humanos, defendidos na Constituição da república portuguesa e Declaração universal dos direitos humanos, como as responsabilidades profissionais sustentadas pelo REPE e código deontológico que regem a enfermagem. Permite orientar as decisões de prestação de cuidados pela defesa dos conceitos inseridos no REPE, dos valores, deveres e direitos presentes no Código deontológico do enfermeiro, e ainda, seguindo os princípios básicos da ética, como exemplo: princípio da autonomia (da profissão e respeitando a autonomia do cliente), da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Em suma, o PIS desenvolvido obedece à prática profissional baseada na ética, uma vez que procura a qualidade e equidade nos cuidados, no sentido da promoção boas práticas de cuidados aos clientes infetados ou colonizados, assim como, aos demais clientes internados na UCIM, profissionais e outras pessoas que frequentem esta unidade de cuidados, apostando na prestação segura de cuidados de saúde e controlo da infeção.

2.3.1.2 – Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

As unidades de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

Aquando da identificação da necessidade a abordar no PIS, uma das principais preocupações foi encontrar um tema que se apresentasse como uma real necessidade dos profissionais da unidade onde se realizaram os estágios, se enquadra-se no domínio da melhoria contínua da qualidade e que dignifica-se a profissão e a instituição.

A temática (controle de infeção - segurança) em que surge o projeto e o guia prático a que deu origem, permitem orientar a atuação dos profissionais para a criação e manutenção de um ambiente seguro, caso sejam cumpridas as precauções presentes nas fichas técnicas disponibilizadas, que devem ser documentos de consulta sempre que surjam dúvidas neste âmbito, de modo a preservar a segurança dos clientes e profissionais. Assim sendo, o projeto realizado pretende ser um recurso sempre disponível, que permita a melhoria contínua da qualidade de cuidados na unidade onde está disponível, e quiçá, um

dia poderá ser replicado para o restante serviço de medicina ou, até mesmo, por outros serviços do hospital.

Ao longo do percurso realizado no PIS, a aluna demonstrou desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas planeadas para atingir o objetivo, baseando a sua pesquisa em documentos que fundamentassem a prática correta, como exemplo, documentos institucionais e pesquisas em bases científicas atualizadas, com intuito de que o guia elaborado seja um documento norteador e referencial de consulta, para fundamentar e esclarecer a atuação dos profissionais e, assim, melhorar a qualidade de cuidados aos clientes, visando a manutenção de ambiente terapêutico seguro e integrando um programa de melhoria contínua da qualidade.

2.3.1.3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados

As unidades de competências do domínio da gestão dos cuidados são:

- a) Gere cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Como já referido algumas vezes ao longo deste relatório quando surgiu a hipótese de elaborar um projeto de intervenção em serviço, constituiu-se como primordial trabalhar um problema/necessidade que fosse importante e pertinente para os profissionais da unidade onde se iria desenvolver o projeto, pelo que se considerou fundamental, desde o início, integrar os profissionais na sua escolha. Para descobrir qual a primeira ou principal necessidade a trabalhar, foram realizadas conversas informais com a enfermeira chefe do serviço, equipa de enfermagem e outros profissionais (médicos e assistentes operacionais) que trabalham na unidade. Foi deste modo que se conheceu que existia falta de informação disponível, sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção. A partir deste momento, foram reunidos todos os

recursos para elaborar um guia prático que colmatasse a falta de informação, facilmente acessível, sobre esta temática. Realizou-se uma pesquisa exaustiva sobre os microrganismos, cuidados a ter e condições de segurança face a uma possível contaminação. Comparou-se as pesquisas realizadas com informações disponíveis a nível hospitalar e, sempre que necessário, realizaram-se adaptações para facilitar a prestação segura de cuidados

Ao longo do percurso que culminou com a disponibilização do guia para consulta, foram sendo ouvidas e tidas em atenção as considerações efetuadas quer pelas pessoas consideradas de referência nesta área, como exemplo a CCI e o elemento de ligação da unidade com a CCI, quer pelos outros profissionais que trabalham na unidade e que são atualmente os consultores do guia.

As informações que integram o documento elaborado, são contributos importantes a contemplar na gestão dos recursos e dos cuidados aos clientes com necessidade de isolamento geográfico. A gestão dos cuidados na unidade é realizada através de um trabalho de equipa multidisciplinar, atendendo às reais necessidades dos clientes e zelando pelo bom funcionamento da unidade. O guia elaborado, como surgiu de uma necessidade real dos profissionais, constitui-se como um novo contributo para a melhoria contínua de prestação de cuidados seguros para os clientes e profissionais da unidade.

2.3.1.4 – Competências do domínio das aprendizagens profissionais:

As unidades de competências do domínio das aprendizagens profissionais são:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e assertividade
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A elaboração de um projeto desta importância pressupõe aquisição prévia de conhecimentos, que são mobilizados durante todas as fases do projeto. Foi crucial para a aluna reconhecer as suas capacidades e limitações pessoais

aquando do planeamento do projeto, de forma a preparar-se para conseguir realizar o planeado num *timing* adequado e não elaborar um projeto que fosse para além das suas capacidades, o que poderia ditar o fracasso na abordagem e resolução da necessidade identificada.

A análise SWOT efetuada foi outro dos meios utilizados para conhecer a potencialidade do projeto, de forma a perceber quais as potencialidades e problemas inerentes ao projeto em causa. Permitiu compreender que, perante um planeamento adequado às capacidades da aluna, de tal forma que conseguisse prever e resolver os principais pontos fracos e dificuldades inerentes à sua execução, seria um projeto com boa viabilidade, o que se tornou uma realidade ao longo da sua execução e constatado no seu final.

Para o sucesso deste PIS, foi crucial utilizar meios de pesquisa que proporcionassem informações atualizadas e fidedignas que, integrando o guia, lhe conferem fiabilidade. Assim sendo, quer as pesquisas realizadas nas bases científicas, nos *sites* de referência a nível nacional e internacional, como a consulta de manuais alusivos ao tema, constituíram-se como cruciais para fundamentar o guia, que é orientador da boa prática clínica.

2.3.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica

A Ordem dos enfermeiros portugueses aprova a vinte de novembro de 2010, as competências específicas dos enfermeiros para as diferentes especialidades, e a dezoito de fevereiro de 2011 é publicado em Diário da Republica, o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 124/2011), que pode ser consultado no anexo II.

O Decreto-lei n.º35/2011 define competências específicas as que: “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de

saúde das pessoas” (ORDEM ENFERMEIROS, 2011. p.8649). As competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica são:

2.3.2.1 Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

As unidades de competências que compõem a competência k1 são:

K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

K1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

K1.3 - Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas

K1.4 - Assiste a pessoa e a família mas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica

K 1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

K 1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica

A realização do projeto de intervenção descrito neste relatório, visa colmatar uma falta existente na UCIM, onde decorreram os estágios de mestrado profissionalizante da aluna. Considerando que surgiu de uma necessidade identificada pelos profissionais da unidade, como um projeto necessário e que, dada a oportunidade de realizar, seria crucial ser colmatada previamente a outras carências identificadas. A necessidade identificada tinha subjacente a preocupação dos profissionais no que concerne á pratica segura de cuidados aos clientes internados que, na sua grande maioria se encontram em situação de saúde/doença crítica, a vivenciar processos de falência orgânica e/ou

instabilidade de saúde. Por vezes estes clientes padecem ainda de doenças transmissíveis por via contato ou gotículas que motivam cuidados diferenciados e carecem de condições de segurança adicionais para o cliente, para os profissionais ou outras pessoas que contatem diretamente com ele, de forma a evitar a propagação da infeção, ao mesmo tempo que é garantida a prestação segura de todos os cuidados inerentes à situação de internamento. Torna-se fulcral estabelecer primariamente uma relação terapêutica com o cliente, explicando-lhe o porquê da necessidade de colocá-lo em isolamento geográfico, o que esta medida implica, que não será posta em causa a continuação do tratamento adequado às suas necessidades e, principalmente esclarecer as suas dúvidas e diminuir ansiedades relacionadas com esta nova condição de saúde. O guia contempla orientações para os profissionais, de forma a que sejam mantidos todos os cuidados e satisfação das necessidades do cliente, a manutenção dos protocolos terapêuticos, o estabelecimento de relação terapêutica, recorrendo unicamente a precauções especiais de segurança e controlo de infeção, sem nunca colocar em causa a qualidade e manutenção dos todos os cuidados necessários prestados.

Outra das preocupações identificadas relacionou-se com a necessidade de integrar a família e/ou pessoas significativas do cliente que se encontra em isolamento e, com o qual o estabelecimento de relação por contato próximo e comunicação com os outros se encontra comprometida, carecendo de medidas adicionais de controlo de infeção. Foi com intenção de reduzir distanciamentos, que o guia integra um folheto informativo, elaborado pelos elementos de ligação do serviço com a CCI, que contém informações pertinentes para os familiares/pessoas significativas e visa esclarecer possíveis dúvidas acerca do problema. O folheto é entregue aquando da receção dos familiares/pessoas significativas na unidade, após serem explicadas as condições do internamento e os cuidados adicionais a ter enquanto o cliente permanecer em isolamento.

Neste sentido considera-se a realização deste PIS como forma facilitadora para o desenvolvimento da competência K1, uma vez que permite cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência

orgânica, assim como promove a relação terapêutica com o cliente, família e ou pessoas significativas.

2.3.2.2 -Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação

A competência K2 possui como unidades de competência:

K 2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

K 2.2 - Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe

K 2.3 - Gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe

Face a uma situação de emergência ou catástrofe na UCIM os enfermeiros, e os outros profissionais da equipa de saúde, não podem negligenciar a proteção dos clientes, pelo que será essencial adequar a atuação às dimensões do problema e às necessidades dos clientes internados, de forma a minimizar possíveis erros e falhas na prestação adequada de cuidados e segurança dos clientes e profissionais. Pressupondo que perante uma situação de emergência ou catástrofe, na qual será necessário transportar os clientes infetados ou colonizados, do local onde se encontram para um mais seguro, ou garantir a sua segurança no local onde estes se encontram, devem ser tomadas as medidas de precaução necessárias para evitar a propagação da infeção cruzada. Foi face à necessidade de transportar os clientes em isolamento (em caso de emergência, catástrofe ou outro tipo de transporte), que nas fichas técnicas que se integram o guia pratico, estão presentes os cuidados a ter no transporte do cliente em isolamento, mantendo as condições de segurança necessárias.

Apesar deste projeto de intervenção não ser direcionado à partida para dinamizar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi vítimas - da

conceção à ação, considera-se que fornece contributos importantes para o desenvolvimento desta competência, uma vez que reúne elementos facilitadores para os profissionais que necessitam de atuar face a uma situação de catástrofe ou emergência, que coloque em risco o bem-estar do cliente em condições especiais de isolamento.

2.3.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A competência K3 possui como unidades de competência:

K 3.1 - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

K 3.2 - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

Como já referido anteriormente, o projeto de intervenção em serviço em análise neste relatório integra-se no âmbito desta competência, na área da segurança dos clientes e profissionais, emergiu de uma necessidade identificada pelos profissionais da UCIM. Para tal, a aluna desenvolveu um projeto de contempla a prevenção e controle de infeção, baseado nas normas de prevenção e controlo de infeção institucionais, e *guidlines* nacionais e internacionais. O PIS foi desenvolvido para minimizar os riscos da disseminação das infeções, reunindo e disponibilizando informação credível para os profissionais, de forma a sustentar boas praticas, maximizando as suas intervenções perante o cliente em situação crítica e/ou falência orgânica, adaptando as condições necessárias para atuar, indo ao encontro, satisfazendo e dando resposta às necessidades do cliente que

cuida, visando a qualidade dos cuidados prestados através de boas praticas, contribuindo deste modo para dignificação da profissão e instituição.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA

A enfermagem é intelectual e científica porque se fundamenta na formação contínua e na aquisição de conhecimentos, de modo a desenvolver competências que têm visibilidade na prestação de cuidados gerais. Neste sentido “A vida é reconhecida como um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, e cada vez mais se valorizam os saberes e as competências adquiridas à margem dos sistemas tradicionais. A experiência é considerada como uma fonte legítima de saber, que pode (e deve) ser formalizado e validado.” (PIRES, 2007. p. 7).

A experiência e o domínio levam à transformação da competência e, dessa mudança, ocorre o aperfeiçoamento das atuações (BENNER, 2001). Torna-se difícil definir competência, pois o seu conceito não é consensual, podendo conforme o seu contexto, ser utilizado de formas distintas. Em enfermagem ser competente é uma das máximas fundamentais para alcançar de forma eficaz os três saberes: o saber saber, saber fazer e saber ser, não bastando só deter conhecimentos e capacidades, mas conseguir aplicá-los de forma adequada e congruente às situações reais de trabalho e, reconhecimento pelo outro (OLIVEIRA, 2007). Neste sentido e, de acordo com vários autores referidos no MDP da OE, competência é “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b. p. 11). O desenvolvimento de competências constitui-se como uma construção que resulta da prática e consciencialização dos atos realizados, induzindo ao conhecimento e fomentando a qualidade dos cuidados. É através do aprofundamento dos domínios de competência de enfermeiro de cuidados gerais e pela formação ao longo da vida, que desenvolve as competências do enfermeiro especialista. A área de especialização é escolhida de acordo interesses pessoais e profissionais, necessidades de aprendizagem, motivação, dedicação e estudo efetuado. Le Boterf (1997), mencionado por Bártolo (2007) defende que a competência opera-se na ação, “Não é um estado, mas um processo; não reside nos recursos a mobilizar pelo sujeito, mas na própria mobilização desses recursos. Não é adquirido da formação nem um saber que se possui. (...) é um saber agir,

responsável e validado, que se baseia em saber mobilizar, saber integrar, e saber transferir recursos tão diversos como conhecimentos, capacidades, atitudes” (BARTOLO, 2007, p.32).

Na atualidade é reconhecido que, as aprendizagens em contexto clínico, são essenciais para permitir que o profissional de enfermagem consiga dar respostas com qualidade às exigências sociais com que se depara. Para Wilson de Abreu (2003) o contexto clínico implica processos de reflexão na e sobre a ação, o que o torna espaço único de transformação de conhecimentos e obtenção de saberes práticos e processuais. Considera ainda que este tipo de aprendizagem é “uma actividade que, sendo cognitiva, é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de “estratégia pessoal” de processar informação” (ABREU, 2003, p.9).

A frequência deste curso teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, assim como as de mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Para além da frequência das unidades curriculares, em contexto de sala de aula os estágios consideraram-se como momentos fulcrais para o aperfeiçoamento dos conhecimentos que conduziram ao desenvolvimento das competências pretendidas.

3.1. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS COM O PAC

Como já referido neste relatório, no enquadramento conceptual de enfermagem e, de acordo com o REPE, enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem

especializados na área da sua especialidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998. p.3).

Segundo o MDP (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 b), os enfermeiros especialistas possuem como competências de domínio:

- Da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Da melhoria contínua da qualidade;
- Da gestão de cuidados;
- Das aprendizagens profissionais.

3.1.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, no seu dia-a-dia profissional as decisões e prestação de cuidados da aluna pautam-se pela defesa dos conceitos inseridos no REPE, dos valores, deveres e direitos defendidos no Código deontológico do enfermeiro, e ainda, seguindo os princípios básicos da ética, como por exemplo: princípio da autonomia (da profissão e respeitando a autonomia do cliente), da beneficência, da não maleficência e da justiça.

A unidade temática de Ética, bioética e direito em enfermagem, lecionada no curso de mestrado, foi uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, uma vez que permitiu esclarecer conceitos chave relacionados com a profissão e prática de cuidados, essenciais para uma adequada clarificação de ideias, que se refletem na prestação de cuidados diferenciados aos clientes que a aluna cuida no seu dia-a-dia profissional.

No número um do artigo 8º do REPE, relativo ao exercício profissional dos enfermeiros, expõe que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.3). Esta responsabilidade é uma máxima na praxis profissional diária da

aluna, quer no pleno exercício das suas funções de enfermeira prestadora de cuidados, quer quando se apresentava em contexto de estágio. O estágio realizado permitiu vivenciar algumas situações que se constituíram como excelentes momentos de reflexão crítica e aprendizagem sobre o seu posicionamento na equipa multidisciplinar relativamente à responsabilidade profissional em relação ao cliente que cuida, à ética inerente ao cuidar em enfermagem e a legalidade de como é realizado o cuidado face à situação específica.

No terceiro semestre do curso foram lecionados o módulos: Questões éticas emergentes em cuidados de saúde complexos e Supervisão de cuidados, que possibilitaram momentos de reflexão pertinentes sobre questões éticas e responsabilidade profissional inerentes a algumas situações complexas, com as quais os enfermeiros se deparam no seu dia-a-dia profissional e, que têm de resolver com base no melhor cuidado para o cliente, tendo ainda em consideração os princípios éticos, as leis que regem o país e a profissão, que conferem legalidade, ou não, ao processo de tomada de decisão.

Para o módulo Questões éticas e emergentes em cuidados complexos a aluna realizou, em modo de trabalho de grupo, um algoritmo de decisão ética, (apêndice XII) no qual foi abordado um caso tipo de decisão de reanimar ou não reanimar um cliente, que se encontrava em situação crítica e complexa de doença. Para tal foi realizada uma exposição do caso e uma reflexão com base nos princípios éticos, sobre a decisão ponderada e justificada que o grupo tomou em não reanimar o doente.

Relativamente ao módulo de Supervisão de cuidados, em aula foram discutidos variados casos sobre problemas concretos na área da enfermagem médico-cirúrgica, vivenciados pelo grupo, para os quais foram realizados processos de enfermagem para conseguir alcançar resultados esperados. Este método de trabalho revelou-se como muito proveitoso, uma vez que a forma como foram discutidos assuntos complexos do dia-a-dia, transversais à maioria dos enfermeiros, permitiu a aluna a refletir sobre o seu modo de atuação e recolher novos contributos que permitirão novas abordagens face a problemas idênticos com que se possa vir a deparar futuramente e que necessitem de uma

intervenção especializada. Em contexto de trabalho de grupo, foi realizada a apresentação de um caso (apêndice XIII) que ocorreu com um elemento do grupo, e que demonstra a importância dos enfermeiros, tomarem decisões em benefício do cliente, mesmo que não vão ao encontro da opinião de outros elementos da equipa e, se necessário, se afirmarem justificadamente na equipa multidisciplinar, na defesa e respeito pelas necessidades e direitos dos seus clientes.

A oportunidade de abordar e fundamentar os casos trabalhados em aula, ou em pequeno grupo, permitiram momentos importantes de reflexão e pesquisa, que atualmente ou no futuro, se podem constituir como vantajosos na abordagem a situações complexas que, como enfermeira especialista e mestre em enfermagem, se deparará e terá de abordar.

3.1.2 – Competências do domínio da melhoria contínua de qualidade

O 88º artigo do código deontológico do enfermeiro, refere que este profissional tem, na excelência do exercício, o dever de: “a) analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (...) e) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p.4). A frequência deste curso visou a necessidade de apostar na melhoria contínua de qualidade enquanto prestadora de cuidados, que se refletirá na qualidade dos cuidados prestados na instituição em que trabalha.

A aluna pauta o seu dia-a-dia pela busca de conhecimentos de forma a atualizar-se, para melhorar os cuidados aos clientes alvo, direta ou indiretamente, da sua atuação, assim como permitam manter-se como elemento de referência na equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico, dignificando profissão e a instituição em que trabalha.

O PIS, já abordado neste relatório enquadra-se no âmbito da melhoria da qualidade nos cuidados prestados, constitui-se atualmente como referencia e orientador de boas práticas.

Os temas abordados em aula e, de um modo geral ao longo dos três semestres do curso, possibilitaram o desenvolvimento desta unidade de competência, uma vez que a aluna consegue ir buscar contributos importantes em todas as unidades curriculares e respetivos módulos, para fundamentar e justificar os cuidados de enfermagem prestados, visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem que, por sua vez, se refletem na qualidade dos cuidados gerais prestados aos clientes. Os conhecimentos adquiridos, lembrados ou refletidos em contexto de aula consolidam não só o seu conhecimento, como ao ser um elemento de referencia na unidade que trabalha, reforça o conhecimento geral da equipa, o que se reflete em grande escala nos cuidados prestados.

3.1.3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, a sua prática baseia-se na gestão dos cuidados de enfermagem adaptados às necessidades dos clientes, ao contexto em que a necessidade se insere e à gestão dos recursos disponíveis. Sempre que possível, a aluna traça um plano de cuidados com o cliente, de modo a conseguir dar respostas às suas necessidades e não comprometendo as necessidades dos outros clientes, nem o bom funcionamento geral da UCIM. A gestão dos cuidados no local onde trabalha, é realizada através de um trabalho de equipa multidisciplinar, face às reais necessidades dos clientes, e zelando pelo bom funcionamento da unidade.

Ao longo dos estágios proporcionaram-se momentos pertinentes sobre o modo como se gere uma unidade deste tipo, a enfermeira-chefe clarificou alguns aspetos importantes, como a gestão de horários e equipas. Uma das tarefas realizadas em contexto de estágio, consistia, sempre que possível, na gestão de stocks de material, através da realização da lista de material necessário para

repor os stocks da unidade. Esta tarefa é realizada pelos enfermeiros prestadores de cuidados duas vezes por semana, mas durante o período de estágio, sempre que possível, foi a aluna a efetuar. O pedido é realizado através de uma plataforma online, no início do turno manhã, e a entrega ocorre, normalmente no final do turno ou início do turno da tarde do próprio dia ou dia seguinte. Quando o material era entregue no serviço e, se estivesse presente, em colaboração com as assistentes operacionais, confirmava os pedidos e as entregas, e procedia à sua arrumação. Uma vez por mês é verificado o prazo de validade de todos os produtos farmacêuticos da unidade, no turno da noite em dia pré definido em agenda. No período de estágio era a aluna a fazer estas verificações vitais para o bom funcionamento da UCIM e no cuidado ao cliente crítico. No caso da necessidade urgente de reposição de algum produto, farmacêutico ou não, é contactado o respetivo departamento, elaborada uma requisição urgente e a assistente operacional dirige-se ao departamento, evitando deste modo roturas. Outra das atividades realizadas durante o estágio, e que contribuiu para o desenvolvimento desta competência, foi a verificação dos equipamentos disponíveis: como bombas infusoras, monitores, aparelhos e material de ventilação não invasiva (VNI), desfibrilhadores, mala de material que acompanha o transporte dos clientes críticos e o carro de urgência. O desfibrilhador e ventilador portátil eram testados diariamente, o carro de urgência verificado mensalmente, o material de VNI quinzenalmente e o material esterilizado semanalmente. Sempre que havia algum material que necessita-se de arranjo, era enviado para intervenção e, se fosse necessário pedir mais material para repor stocks o pedido era realizado. Para o bom funcionamento da unidade e, tendo em vista a qualidade dos cuidados inerentes, uma boa gestão é fundamental, nomeadamente de profissionais e do material disponível para a realização das técnicas, para evitar falhas e/ou erros em momentos fulcrais no ato do cuidar.

Os contributos deste curso revelaram-se elementares para a aluna conseguir ser mais dinâmica na gestão dos cuidados diretos e, ambicionando futuramente, como enfermeira especialista ser mais autónoma nas questões relacionadas com a gestão e funcionamento de um serviço. As unidades

curriculares que se considera terem contribuído mais especificamente para alcançar estes conhecimentos foram: Enfermagem – segurança e gestão do risco nos cuidados de enfermagem, Ambientes em saúde (principalmente psicossociologia das organizações e economia e políticas de saúde), Gestão de processos e recursos, Enfermagem médico-cirúrgica I e II.

3.1.4 – Competências do domínio das aprendizagens profissionais

No código deontológico do enfermeiro são considerados como valores universais na relação profissional do enfermeiro: a competência e o aperfeiçoamento profissional. O Artigo 88º do referido documento, referente à excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p. 4).

No domínio das aprendizagens profissionais, o percurso académico da aluna: curso de licenciatura em enfermagem, pós-graduação em Tratamento de feridas e viabilidade tecidular, atual curso de mestrado, assim como algumas formações não académicas prévias, (exemplo: o curso Enfermagem e a dor, Suporte básico e avançado de vida, Doação de órgãos e, mais recentemente, já no decorrer do mestrado, Plano de Emergência Interno do centro hospitalar onde exerce), são indícios da forma como tenta adquirir conhecimentos em diferentes áreas de atuação da enfermagem médico-cirúrgica e que, no seu dia-a-dia mobiliza aquando da necessidade do desenvolvimento de competências especializadas e, de uma atuação assertiva enquanto enfermeira e ser humano.

Como forma de se manter atualizada relativamente aos avanços tecnológicos e científicos realizados, realiza pesquisas que lhe permitam adquirir e melhorar conhecimentos que fundamentem a sua prática, quer em contexto escolar, como no dia-a-dia profissional. O presente curso de mestrado permitiu a aquisição de vastos contributos para o desenvolvimento de aprendizagens

profissionais, que serão fundamentais para o seu desenvolvimento como enfermeira mestre, especialista e profissional dinâmica na equipa multidisciplinar nos locais onde exercer enfermagem.

Relativamente aos contributos dos aportes das unidades curriculares lecionadas ao longo do curso de mestrado, consegue ir buscar contributos para o desenvolvimento desta competência a todas as elas, uma vez que cada uma, de um modo particular e distinto entre si, pelos conteúdos abordados e diversificados, conseguiu fornecer apoios que fomentam o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, DESENVOLVIDAS COM O PAC

A frequência do curso de mestrado profissionalizante, tem indubitavelmente o intuito de adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades, para responder em tempo útil às necessidades dos clientes que a aluna cuida, fundamentalmente à pessoa em situação crítica.

Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são considerados, no regulamento 124/2011, “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. (...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (ORDEM ENFERMEIROS, Fevereiro 2011, p.8656).

Com vista à obtenção e desenvolvimento de conhecimentos que permitam alcançar a prestação de cuidados de enfermagem especializados e,

como referido na introdução deste capítulo, a 20 de novembro de 2010, a OE aprova as competências específicas dos enfermeiros para as diferentes especialidades e, a 18 de fevereiro de 2011 sai, em Diário da República o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que pode ser consultado no anexo III.

O Decreto-lei n.º35/2011 define competências específicas as que: “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011. p.8649). As competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica são:

K1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

K2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

Uma formação bem planificada é importante para o desenvolvimento de competências cognitivas (saber), psico-motoras (saber fazer), socio-afetivas, relacionais e ético-morais (saber ser) (DIAS, 2005). É no ensino clínico onde o conhecimento se constrói de uma forma mais sustentada, onde a conceitualidade e a práxis se validam mutuamente, produzindo novos conhecimentos. Ao se assumir que a aprendizagem inicial é a essência do ser enfermeiro, esta deve contemplar uma tripla dimensão de aquisição de saberes cognitivos (saber), práticos (fazer) e atitudinais (ser e estar). Mais do que democratizar o processo, implica fornecer instrumentos que permitam a aquisição de competências, monitorizando o processo de aprendizagem, em conjunto com o

aprendiz, dando-lhe a necessária ajuda, mas responsabilizando-o pelo progresso produzido (MIRANDA, 2010).

No contexto do curso de mestrado e com vista ao desenvolvimento de competências e/ou aprendizagem clínica, realizou-se um projeto, denominado por PAC para desenvolver no estágio III, tendo como referencial as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Como elucida Wilson de Abreu, a “excelência das organizações, a segurança dos cuidados, o respeito pelas dimensões éticas e mesmo a disposição para aprender ao longo da vida, são processos que não se podem dissociar das experiências clínicas. Numa palavra as aprendizagens em meio clínico (múltiplas e multifacetadas) devem ser percebidas, planeadas, apoiadas e avaliadas num contexto vasto de promoção da qualidade” (ABREU, 2003, p.9).

Previamente ao desenvolvimento do PAC foi elaborado um mapa de planeamento e cronograma de atividades que podem ser consultados em apêndice XIV e apêndice XV, respetivamente, que permitiram organizar o tempo de estágio de forma a conseguir desenvolver as competências pretendidas no plano de estudos do curso. Como é possível verificar através dos apêndices e do que se encontra descrito na análise do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, o estágio foi realizado, como previsto no guia orientador de estágios do curso, na sua grande maioria no local onde realizou o PIS e a aluna trabalha atualmente, num total de 147 horas. Com o objetivo de conhecer e colher contributos para o desenvolvimento das competências pretendidas, a aluna e a enfermeira orientadora consideraram pertinente dividir as restantes 62 horas pela Unidade de cuidados intensivos (UCI), Comissão de gestão do risco (CGR), Grupo de indicadores, auditoria e riscos clínicos (GIARC) e CCI, do CH em que a aluna trabalha.

Costa (1995, p.10), citado por Wilson de Abreu, refere que “o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo” (ABREU, 2001, p.81). Como já referido anteriormente, a opção de realizar a maioria do estágio no local onde trabalha, deveu-se ao facto de esta ser uma unidade de cuidados intermédios de medicina,

onde a maioria dos seus clientes se encontra em situação crítica, unidade de referência de acompanhamento e tratamento do doente crítico, pelo que foi considerada um local que permite o desenvolvimento das competências pretendidas. Em apêndice XVI apresenta-se o cronograma das horas desenvolvidas em contexto de estágio e, no apêndice XVII as horas de trabalho autónomo efetuadas ao longo do estágio, que possibilitaram realizar pesquisas para enriquecer o conhecimento e elaborar os trabalhos realizados em contexto de estágio.

Seguidamente realiza-se a descrição das competências, respetivas unidades de competência e, a forma como foram desenvolvidas e adquiridas ao longo do percurso efetuado.

3.2.1 Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Considerando o respeito pelos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro assume o dever de: “a) atribuir à vida humana de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; (...) c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p.2).

Cuidar é muito mais do que prestar cuidados de forma “mecanicista”, “cuidar é encontrar e colher em si uma energia e os recursos adequados para oferecer ao outro, mas também a si mesmo, uma atenção ao mesmo tempo respeitosa e particular, compatível com um agir que se pretende sensato ou, mais humildemente, que se espera que o seja. Logo, cuidar não pode começar num para acabar no outro. Cuidar, é o um no outro. Ocupar-se do outro esquecendo-se de si mesmo, é tão inoperante como interessar-se por si mesmo sem pensar no outro. A presença de um e do outro, que por vezes se transforma na presença de um no outro (...) a base sobre a qual assenta a acção do cuidar é a que em determinada situação conjuga subtilmente a preocupação com a sua própria pessoa, com a do outro, com as dos outros e com o mundo” (HESBEEN, 2006, p.9).

No preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento 124/2011), uma pessoa em situação crítica, é definida como: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, fevereiro 2011, p. 8656). Face ao seu desenvolvimento, o enfermeiro necessita de adquirir conhecimentos e habilidades para conseguir atuar holisticamente e em tempo útil, de modo a responder às necessidades das pessoas que se encontram em situação crítica, ou em risco de evolução para uma situação crítica, que pode ou não envolver falência orgânica. Para tal, a OE identificou seis unidades de competência necessárias ao enfermeiro especialista para conseguir adquirir esta competência. Sendo assim, seguidamente, face a cada unidade de competência elabora-se uma análise descritiva de como a aluna conseguiu desenvolver a competência K1.

3.2.1.1 Presta cuidados á pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

A unidade de cuidados intermédios onde foram realizados os estágios de mestrado é uma unidade de referência a nível do centro hospitalar, no que se refere ao internamento de clientes em situação crítica, devido à presença ou risco de instabilidade hemodinâmica, risco ou falência orgânica presentes, aos quais é inerente a necessidade de acompanhamento e monitorização permanentes, o que envolve cuidados de enfermagem que exigem conhecimentos diferenciados pautados pela necessidade de excelência no cuidar e promoção do conforto, ideais para o desenvolvimento e atuação de um enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

As pessoas internadas na unidade são clientes com índices de gravidade elevados que ou não têm vaga de internamento na UCI, ou que ainda não justifique o internamento numa unidade deste tipo, mas que pelo seu estado atual

ou risco de descompensação, necessitam de monitorização, observação e cuidados diferenciados, o que não permite o internamento num serviço de internamento normal. Um elevado número dos clientes internados são pessoas com doenças crónicas descompensadas, mas que no momento se encontram em situação de saúde crítica, com falência orgânica ou em risco de a desenvolver. São frequentes os internamentos de clientes com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, com descompensações do foro cardíaco, respiratório e/ou renal, em vários tipos de choque, com tromboembolismos pulmonares, de entre outras patologias que necessitam de cuidados de enfermagem especializados. Tendo por conhecimento prévio do tipo de cuidados e conhecimentos necessários para prestar cuidados nesta unidade, assim como o potencial de desenvolvimento de conhecimentos e competências, optou-se por realizar grande parte do estágio III neste local.

Ao longo do estágio foi possível deparar-se com clientes com múltiplas patologias, principalmente do foro respiratório e renal (agudizações de doenças crónicas, com insuficiências e infeções graves), em choque ou risco de o desenvolver, nos quais, pela mobilização de conhecimentos adquiridos, nomeadamente no módulo curricular Cuidados ao cliente com falência orgânica, conseguiu entender processos de doença complexa, pelo contato direto com o cliente, análise e avaliação de sinais e sintomas presentes, análise de exames complementares de diagnóstico, que permitiram melhorar o olhar clínico perante o cliente com que se depara diariamente. Existiram situações que através da observação atempada do cliente, foi possível prever situações de falência orgânica ou atuar perante ela, de modo a evitar ou minimizar os seus efeitos e/ou sequelas e, atuar de acordo com as necessidades dos clientes em conjunto com a equipa multidisciplinar. A monitorização dos sinais vitais, oximetria, débitos urinários, padrões de respiração, valores de glicémia, de entre outros, foram fundamentais para analisar a evolução e adequação das medidas implementadas, através da execução de atividades de enfermagem autónomas ou interdependentes.

No decurso do estágio na UCIM foi possível atuar em alguns casos de instabilidade hemodinâmica, em edemas agudos do pulmão em fase ativa, com

necessidade de recrutar conhecimentos especializados e atuar de forma rápida e assertiva de forma a possibilitar a recuperação adequada e atempada dos clientes, assim como em dois casos de reanimação cardiorrespiratória, de utentes que se encontravam internados na unidade e que devido ao seu grau de risco e dificuldade de compensação hemodinâmica e falência, foi necessário ativar a equipa de emergência médica interna (EEMI). Esta equipa é composta por um médico e um enfermeiro, que se encontram sediados na UCI, e que dá apoio a todos os serviços do hospital, caso aja uma pessoa que necessite de uma intervenção emergente, e que reúna os parâmetros para ativação do protocolo de EEMI.

A aluna teve a oportunidade de ser elemento dinâmico no acompanhamento do doente em situação crítica instável, de colaborar com a equipa multidisciplinar na reanimação e estabilização dos clientes, para tal foi necessário mobilizar conhecimentos teóricos e práticos pré-adquiridos, quer em contexto académico, na prática como enfermeira de urgência durante cerca de sete anos, como os cursos de atuação em suporte básico e avançado de vida, de modo a conseguir prestar cuidados a pessoas em situação emergente, assim como, os conhecimentos adquiridos ou lembrados nas aulas dos módulos: Intervenções de enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares, Intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência e, como já referido, Cuidados ao cliente em falência multiorgânica.

Por diversas vezes, foi possível participar na realização de procedimentos, que na sua maioria, constituem-se como situações geradoras de stresse para o utente, como por exemplo, na adaptação de utentes a VNI, realização de punções lombares, colocação de drenagens torácicas, cateteres venosos centrais, linhas arteriais, de entre outros. Nestes momentos, para além de colaborar no procedimento efetuado, esteve disponível para estar com o cliente, explicar o porquê da necessidade da técnica, em que esta consiste, reforçar a importância fundamental da colaboração do cliente, assim como ouviu e esclareceu as suas dúvidas. Quando não era capaz de responder as questões colocadas, remetia-as para um profissional mais adequado, de modo a que o cliente conseguisse esclarecer as suas incertezas e medos.

Considerando que os clientes internados na UCIM muitas das vezes provêm ou são transferidos para da UCI, a aluna decidiu realizar um estágio de observação nesta unidade de cuidados intensivos polivalente do CH, com o intuito de conhecer a realidade de uma unidade referencia no cuidado à pessoa em situação critica. No cronograma para desenvolvimento do PAC (apêndice XV), estava prevista a realização de três turnos na UCI no mês de maio, que após aprovação pela enfermeira chefe da unidade e consonância entre os horários da aluna e do enfermeiro-especialista que acompanhou nestes dias, foram agendados para dias vinte e nove de maio (turno da tarde), dois de junho (turno da manhã) e três de junho (turno da tarde), perfazendo um total de 22 horas no total (por lapso não foram consideradas as meia hora de passagem de turno, no final de cada turno, que se traduziram em momentos de aprendizagem também relevantes). Durante as cerca de 23H30, em observação na UCI e, através do acompanhamento do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, foi possível compreender as dinâmicas da unidade, assim como o papel fundamental do enfermeiro especialista, numa unidade deste tipo, na gestão da equipa que dirige, na gestão da restante unidade, no reflexo que os seus cuidados especializados e modo de intervir, têm na abordagem ao doente instável.

Inicialmente foi explicada a forma como o enfermeiro especialista, e naquele caso chefe de equipa, organiza a gestão dos cuidados no seio da equipa, de acordo com a necessidade de cuidados e tempo que será necessário predispor para cuidar do cliente. Normalmente fica responsável pelo cliente mais instável e que necessita de cuidados mais especializados e diferenciados, os chamados cuidados especializados. Após distribuir os clientes pelos enfermeiros que ficam responsáveis, elabora a distribuição dos assistentes operacionais. Planeia os cuidados necessários quer para o cliente que lhe está atribuído, quer para os outros utentes, em conjunto com os colegas, e verifica as necessidades materiais da unidade. Ao longo do turno age e é reconhecido como enfermeiro de referência. Apesar de os clientes serem atribuídos a profissionais específicos, ao longo do turno a equipa atua com espírito de colaboração e interajuda. Nos turnos da manhã e, sempre que se justifique, o enfermeiro responsável (neste caso o

enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica), reúne-se com a equipa médica com o intuito de analisar os casos clínicos e traçar um plano de cuidados multidisciplinar com o objetivo de alcançar a melhoria ou bem-estar dos utentes. Como na UCIM não foi possível acompanhar um enfermeiro especialista, uma vez que a unidade ainda não tem especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, ter a oportunidade de ver e acompanhar o papel do enfermeiro especialista na UCI, tornou-se muito enriquecedor, de forma a que a aluna ambiciona, quando for especialista ter um desempenho semelhante ao deste enfermeiro, no local onde exerce enfermagem.

Ao longo destes dias de observação, foi possível colaborar nos cuidados ao cliente em situação crítica, com diversas patologias (foro respiratório, neuro circulatório, cardíaco, cirúrgico, ortopédico), alguns dos quais em choque hemodinâmico (séptico, cardiogénico ou misto), com necessidade de sedação e ventilação invasiva, aporte de aminas ou outras drogas em perfusão contínua, regimes terapêuticos complexos, entre outras necessidades de alta complexidade, que exigem conhecimentos diferenciados. Foi interessante recordar os cuidados ao doente sob ventilação invasiva, parâmetros ventilatórios e a importância da sua adequação e monitorização face às necessidades dos clientes, assim como colaborar em outros cuidados ao cliente sob ventilação invasiva, como cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, monitorização de sinais e sintomas, resposta a terapêutica administrada, de entre outras atividades. Outra atividade observada e na qual teve oportunidade de colaborar na sua execução, foi na avaliação da pressão intra-abdominal, técnica que nunca tinha realizado, mas que foi explicada pelo enfermeiro que acompanhou e posteriormente teve oportunidade de ir pesquisar informação sobre a importância de monitorização em contexto de doente crítico. Teve ainda oportunidade de relembrar e prestar cuidados ao doente politraumatizado. Durante este estágio de observação foi possível prestar cuidados a um cliente que acabaria por falecer, era uma pessoa vítima de doença prolongada, que não respondia aos tratamentos efetuados, em falência multiorgânica, situação que já tinha sido discutida no seio equipa multidisciplinar e que não reunia condições para voltar a reanimar. Durante um período de broncospasmo, o cliente entra em dificuldade

respiratória acentuada, seguida de paragem respiratória, evoluindo para paragem cardíaca e morte. Esta situação permitiu observar com atenção os sinais e evolução que termina em paragem cardiorrespiratória e consequente morte e, refletir sobre os cuidados em fim de vida e até onde se deve investir nas tentativas de tratamento destes clientes. As temáticas abordadas nos módulos: Cuidados ao doente em fim de vida, Espiritualidade e cuidados de enfermagem, Questões éticas emergentes em cuidados complexos e Cuidados em situação de crise: cliente e família, permitiram uma visão diferente e fundamental da atuação do enfermeiro especialista na evolução do processo da doença, acompanhamento no fim de vida e culminar de uma morte anunciada.

Apesar de este estágio de observação só ter durado cerca de 23H30, revelou-se como muito enriquecedor para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e nesta nova etapa, no desenvolvimento de competências (principalmente a competência K1) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Permitiu um reavivar dos cuidados ao doente crítica, assim como adquirir conhecimentos que serão fundamentais para a prática de cuidados especializados, em contexto de cuidados emergentes à pessoa em situação crítica, em falência orgânica ou em risco de a desenvolver.

Por outro lado, os estágios de observação realizados no CGR e GIARC alertaram para situações (grande maioria abordadas no módulo Segurança e gestão do risco nos cuidados de enfermagem) em que a aluna poderá intervir como enfermeira especialista, na diminuição do risco de ocorrências que possam culminar em dano para o cliente e/ou profissionais, como por exemplo na identificação de problemas com o material de emergência, terapêutica, estado de manutenção dos aparelhos, de entre outros, e a importância de atuar de forma a que o dano não se instale. Estes momentos de contato permitiram ainda elucidar a aluna para a importância de realizar e incentivar os colegas a fazer relatos de incidente crítico perante as situações detetadas, que possam envolver ou resultar em qualquer tipo de risco para o clientes e/ou para os profissionais, permitindo desta forma que se adotem medidas para atuar na prevenção de novos casos.

No planeamento do PAC consta para esta unidade de competência o estágio de observação em contexto de pré-hospitalar na viatura médica de

emergência e reanimação (VMER), que não foi possível realizar devido a contingências colocadas pelo Instituto nacional de emergência médica (INEM) e pessoais. Aquando da aprovação do estágio pelo INEM, foi referido que este só poderia ser realizado se fossem cumpridas metade das horas previstas em contexto de ambulância de suporte imediato de vida (SV) e as restantes em VMER. Tendo em conta que a SV mais próxima do local onde a aluna trabalha e vive se encontrar a cerca de 100km de distância, não foi possível por questões pessoais, temporais e económicas realizar o pretendido estágio. Este estágio tinha como finalidade conhecer a abordagem ao cliente em situação crítica no pré-hospitalar, pelo que se considerava pertinente para o desenvolvimento desta competência. Considerando que a aluna só trabalha em contexto hospitalar e não pretende vir a desempenhar funções em pré-hospitalar, as outras atividades e estágios desenvolvidos, considera-se que a inexistência desta experiência não colocou em causa o sucesso do desenvolvimento desta unidade de competência e respetiva competência.

3.2.1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

À arte do cuidar especializado está inerente a segurança e qualidade dos saberes. Para uma prática especializada que se fundamente no saber ser, saber saber e saber fazer, é necessária uma atuação baseada e fundamentada em padrões de qualidade e evidencia. Durante os estágios realizados foi possível consultar e relembrar normas e protocolos existentes nos serviços, nomeadamente na UCIM, UCI e CCI, que são instrumentos que regem a prática de enfermagem de forma a dirigir, uniformizar e protocolar as práticas dos profissionais, proporcionando sucesso das intervenções e qualidade nos cuidados de forma a promover excelência do cuidar. Como contemplado na alínea f) o número quatro do REPE, os enfermeiros “participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.2).

Durante os estágios foi possível consultar e utilizar normas e protocolos terapêuticos utilizados face a pessoas em situação crítica em vigor na UCIM, nomeadamente o protocolo para ajuste de perfusões de heparina de acordo com aos resultados analíticos do tempo de tromboplastina parcial ativada (aptt) é feito o ajuste da dosagem da perfusão; protocolo de perfusão de insulina de ação rápida, de acordo com os valores de glicemia, ajustando a velocidade de perfusão e o tempo entre as avaliações da glicemia; o protocolo de atuação perante dor, elemento chave na abordagem do cliente com dor na UCIM; protocolo de ativação da EEMI, que resume os parâmetros para esta equipa de cuidados emergentes ser ativada, de entre outros. A utilização destes protocolos acabam por fazer parte das intervenções interdependentes dos enfermeiros, que uniformizam práticas para a melhor abordagem à pessoa em situação crítica.

Nos dias passados na UCI, foi possível também consultar os protocolos de atuação na unidade, assim como nos projetos em que os profissionais estão inseridos, na sua maioria dinamizados por enfermeiros, que permitem uma abordagem e acompanhamento dos clientes internados na unidade mais personalizada, assim como são possíveis extrair alguns dados que justificam a implementação dos protocolos e projetos em unidades deste tipo. Daqui surgiram várias ideias para projetos e protocolos que, futuramente como enfermeira especialista e mestre em enfermagem, poderá coordenar e implementar nos locais onde exercer enfermagem, com a finalidade de dinamizar a equipa, elevar a qualidade de cuidados e dar visibilidade ao trabalho realizado.

3.2.1.3 Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

O Ministério da saúde, através da Direção geral de saúde 14/06/2003, com o lançamento da Circular Normativa n.º09/ DGCG, institui a dor como o 5º sinal vital. A dor deve ser compreendida como um fenómeno complexo e as intervenções de enfermagem dirigidas ao cliente com dor, que deve ser cuidado

perante a sua singularidade e beneficiar do tratamento apropriado, de acordo com o tipo de dor que refere.

Para Silva (2008), a dor não se limita ao corpo físico, pois ela implica o Homem na sua globalidade. Não é só um facto fisiológico: é sobretudo um facto existencial, por isso a mesma dor pode ser sentida de forma diversa em diferentes contextos. O limiar de sensibilidade à dor, a atitude face à mesma e os comportamentos de resposta variam consoante a condição social, a cultura, os contextos de vida, a história pessoal e a personalidade. Tudo isso pressupõe organizações psíquicas internas e modalidades específicas de lidar com a dor, pelo que torna a dor de um cliente diferente da dor do outro, sendo definida como o que ele, naquele momento exato, diz que é. De acordo com Lucília Nunes, em Dor- guia orientador de boa prática, “sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional” (MATEUS et al, 2008, p. 7).

A dor é sempre uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional, modulada por fatores como a bagagem cultural, experiências passadas, significado da situação, atenção, nível de estimulação, etc. A dor é sempre vivida na primeira pessoa por aquele que a sofre e, só é possível tomar conhecimento da dor do outro através daquilo que ele próprio nos diz, verbalmente ou através de outra forma de expressão. A International association for the study of pain (IASP) define em poucas palavras o enorme e complexo que é o fenómeno da dor: “A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidular, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (JENSEN, 2003, p.3). Esta definição reconhece que a lesão tecidular é, para a maioria das pessoas, a causa mais frequente de dor, mas implica que, tanto a mente como o corpo, estão necessariamente envolvidos na experiência de dor, fazendo dela uma experiência multidimensional. No entanto, não rejeita a possibilidade de a dor existir sem lesão tecidular, pois “Muitas pessoas referem dor na ausência de lesão tecidular ou outra qualquer causa fisiológica. Geralmente isto acontece por razões de ordem psicológica. Na prática não existe nenhuma forma de distinguir a expressão subjetiva dessa experiência, daquela devida a lesão. Se a pessoa interpreta a sua experiência como se fosse resultante de lesão tecidular, e a

descreve dessa maneira, então devemos aceitá-la como dor” (JENSEN, 2003, p.4). Existem vários tipos de dor que diferem na sua etiologia e duração. A dor sentida não é um simples fluxo sensorial, mas uma percepção que levanta a questão da relação do indivíduo com o mundo e da experiência acumulada em relação a ele. É sentida, avaliada e integrada em termos de significado e valor. Para Margo McCaffery, a dor é “aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que existe” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008, p.15).

Todos os seres humanos são confrontados com dor física, mas a construção desta dor, abrange categorias, significados e comportamentos que variam consideravelmente com a cultura de cada um. Segundo Breton “A dor não é um facto psicológico, apenas um facto de existência. Não é o corpo que sofre, é o indivíduo por inteiro” (BRETON, 2007, p.47). A pedra basilar para o sucesso das intervenções no controlo da dor, consiste numa boa avaliação.

Ao ser considerada como sinal vital, a DGS defende que a intensidade deve ser avaliada e registada de forma sistemática, sendo dever do profissional de saúde o controlo eficaz da dor, contínuo e regular com recurso às diversas técnicas de controlo, otimização da terapêutica, constituindo-se como um direito dos doentes e uma forma efetiva de humanização das unidades de saúde. Ao ser considerada como sinal vital, a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Uma das realidades transversais a quase todos os clientes internados é, durante a permanência na unidade, presença de dor. A vivência de dor, principalmente dor não controlada e mantida ao longo do tempo, é por si só um fator de desconforto e agravante, muitas vezes, para o cliente e pessoas significativas, podendo ser considerada a pior manifestação da doença. Sentir o seu alívio é, como muitos referem, estar melhorado do problema que o mantém hospitalizado. Neste sentido e idealizando o bem-estar do cliente que cuida, aluna considera de extrema importância, que o cliente não sinta dor, ou então, se a sua presença for impossível de eliminar, que as intervenções que realiza enquanto cuidadora permitam um controlo sintomático eficaz.

É com base nos padrões identificados pela OE, que conduz a sua praxis no tratamento e acompanhamento do cliente com dor, valorizando a dor tal como este transmite que é. Reconhece que a maior parte dos clientes internados, em algum momento vivenciam um processo de dor, particularmente os que se encontram em situação crítica, pelo que valoriza a importância de uma adequada avaliação e monitorização da dor, assim como na adequação das intervenções que adota e no acompanhamento dos seus resultados, com vista ao sucesso, idealmente ausência da dor e sofrimento ou, quando não é possível, que reduza para valores que não coloquem o total bem-estar do cliente em causa. No momento da avaliação dos sinais vitais e, sempre que pertinente, questiona o utente relativamente à presença de queixas álgicas e características (tipo de dor, localização, intensidade, duração, fatores de alívio e precipitação), de forma a adotar medidas farmacológicas ou não farmacológicas que possam ajudar a combater a dor. Após implementar as medidas que considera mais adequadas para a situação concreta (disponibilidade para escutar e estar com o cliente, posicionamento, aplicação de gelo ou calor, técnicas de distração, ajuste do ambiente, massagem, fornecimento de terapêutica analgésica), realiza a avaliação do procedimento efetuado e averigua, com o cliente, a necessidade de nova intervenção. Sempre que esteve, ou está, perante uma pessoa que mantém queixas álgicas apesar das intervenções realizadas, contacta o médico assistente, de forma a prescrever ou otimizar terapêutica analgésica e, se possível, deixar terapêutica em SOS, para ser utilizada sempre que se justifique.

No número quatro do artigo 9º do REPE, pode-se ler que: “(...) os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais: (...) b) decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e participação ativa do indivíduo, (...) e) procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e actuando em conformidade (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.4). Os estágios na UCIM e na UCI constituíram-se como momentos ideais para implementar ações de enfermagem que visavam o controlo adequado do cliente com dor, sempre com vista a alcançar o seu bem-estar. É fundamental reconhecer a pertinência e importância dos contributos do

módulo Intervenções de enfermagem ao cliente com dor, pertencente à unidade curricular Enfermagem médico-cirúrgica I, que serviram principalmente para relembrar a importância dos cuidados à pessoa com dor, assim como para dar visibilidade à importância do papel do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, relativamente ao controlo da dor na pessoa em situação crítica.

Na UCIM é utilizada a escala visual analógica para avaliação da dor, pelo que foi possível aplicar esta escala aos clientes internados. Aquando do planeamento da PAC, tinha sido proposta a implementação da escala Dolloplus, o que não se concretizou, uma vez que se verificou que, como quase todos os clientes internados na unidade conseguem verbalizar a sua dor, esta escala não teria muita aplicabilidade, pelo que os enfermeiros não manifestaram grande interesse na sua implementação. Assim sendo e, considerando que o controlo da dor e o bem-estar de cliente sempre foram preocupações dos enfermeiros da unidade, optou-se por abordar outra estratégia e, através de conversas informais com os profissionais, tentar dar mais visibilidade à importância de uma adequada atuação no utente com dor, incentivando-os a respeitar o algoritmo de atuação de enfermagem perante a pessoa com dor, elaborado por uma enfermeira do CH, que se encontra afixado no placard da unidade e em vigor no serviço de medicina. Apesar desta estratégia alternativa parecer mais simples do que a inicialmente planeada, verificou-se que teve extremo impacto nos profissionais, uma vez que passaram a dar mais importância ao algoritmo e a otimizar as suas intervenções de acordo com o defendido, sendo este mais um passo no controlo da dor e na melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação crítica internada na UCIM.

3.2.1.4 Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica

Com vista a uma humanização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro tem o dever de:

“ a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;

b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p.4).

Podemos considerar que uma situação crítica de saúde/doença, possibilidade de falência orgânica, em que a relação vida e morte em muitos casos é estreita, provoca uma situação emocional complicada, na pessoa que a vivencia diretamente e em quem a acompanha neste processo – a família, ou pessoas significativas. Dinis, citando Martins (2006), refere que as “repercussões da doença não afectam só o doente, estende-se também à família provocando uma situação de desorganização e de stress familiar” (DINIS, 2007,p.118).

Situações complexas de doença e dependência podem originar estados de elevada complexidade, como nos refere Almeida (2009) “A doença grave e o próprio ambiente dos cuidados intensivos, impõe limitações ao doente que o arrastam para um estado de grande dependência, deixando de ser auto-suficiente para todas as atividades que dominava até então” (ALMEIDA, 2009, p.17). Este grau de dependência dos outros e a alteração de papéis, muitas vezes instituída como obrigatória é extremamente limitativa e invasiva, coloca o cliente em causa numa posição que pode levar a perturbações emocionais, que se não forem diagnosticadas e alvo de intervenção personalizada, podem conduzir a problemas graves que coloquem em causa a evolução favorável do processo de dicotomia saúde/doença.

Um dos aspetos que a aluna tenta ter especial atenção e não descurar, é no apoio ao cliente, à família e/ou pessoas significativas. O apoio através do estabelecimento de uma relação enfermeiro-cliente baseada na disponibilidade para o outro, quer no acompanhamento quer no esclarecimento de dúvidas relativas à situação concreta e que se encontrem no campo de atuação de enfermagem. De acordo com o REPE (Artigo 5º), “os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1) terem por fundamento uma interação entre o enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade; 2) estabelecerem relação de ajuda com o utente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p. 2). Para conseguir

dar apoio emocional é necessário que se estabeleça uma relação de ajuda, que pode ser entendida como “ uma troca verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece um clima de compreensão e fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (PHANEUF, 2005, p. 324). No seu dia-a-dia profissional e, no decorrer dos estágios, teve oportunidade de cuidar de clientes com necessidades emocionais marcadas, pelo que manteve uma relação, baseada no apoio, empatia, disponibilidade, escuta ativa, capacidade de dar e receber feedback, estando disponível para, de acordo com o que lhe é permitido, atuar de forma a colmatar as ansiedades e/ou fragilidades emocionais verbalizadas, ou detetadas durante a relação estabelecida.

Benoliel (1988), mencionado por Wilson de Abreu, refere que em contexto clínico é necessário “mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis” (ABREU, 2007, p.99). Existiram vários momentos de apoio durante o decorrer dos estágios, momentos estes que se proporcionaram em grupo (cliente e família/pessoas significativas) ou individuais, quando se percecionava como mais oportuno um acompanhamento mais personalizado. A maioria constitui-se como momentos de partilha de emoções, angústias e incertezas relativamente ao presente e futuro, sendo da parte da enfermeira/aluna, mais momentos de escuta, empatia, esclarecimento de dúvidas e encaminhamento para outros profissionais da equipa (ex.: médico assistente, ou apoio social).

Lidar com as emoções, não é tarefa fácil, mas quando é necessário assistir o outro nas suas perturbações emocionais, ao enfermeiro especialista são exigidas habilidades para conseguir ajudar/apoiar o cliente. Os conhecimentos consolidados nas aulas dos módulos de Relação de ajuda e aconselhamento em enfermagem (UC Enfermagem), Cuidados em situação de crise: cliente e família (UC Enfermagem médico-cirúrgica I), Cuidados ao cliente em fim de vida e Espiritualidade e cuidados de enfermagem (UC Enfermagem médico-cirúrgica II), permitiram o enriquecimento da relação terapêutica, que se constitui numa mais-

valia na assistência ao cliente e/ou a família/pessoas significativas nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, fomentando a qualidade dos cuidados especializados que realiza.

3.2.1.5 Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

A comunicação em saúde assume-se como uma ferramenta terapêutica indispensável na relação enfermeiro-cliente/família, entre outras coisas, “dá acessibilidade ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e á segurança” (PEREIRA, 2008, p.37). A comunicação é uma das formas de relação de ajuda, que quando estabelecida entre um profissional de saúde e um cliente se estabelece como relação terapêutica. Considera-se a relação terapêutica, como a essência da profissão de enfermagem. Walter Hesbeen revela que a essência da profissão de enfermagem é: “ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que esta se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo” (HESBEEN, 2002, p.13)

Perante uma situação de alta complexidade do estado de saúde do cliente/família, torna-se fundamental estabelecer uma comunicação direcionada para a pessoa com quem interagimos, de modo a responder às necessidades expressas ou percebidas pelo profissional. Para que a comunicação seja eficaz, isto é, para que a pessoa com quem interagimos perceba o que lhe queremos transmitir, é necessário adaptar a comunicação (verbal ou não verbal), de modo a que a mensagem seja bem transmitida e percebida corretamente pelo outro. Esta é uma máxima que a aluna utiliza enquanto profissional e que pôde praticar durante os estágios, na UCIM e na UCI. Por vezes não são precisas palavras para responder às questões do cliente, outras vezes, é preciso responder e explicar o que ele ou a família/pessoas significativas nos perguntam diretamente, assim como, existem situações para as quais o profissional não tem resposta,

mas também não pode fingir que não ouviu e, deixar a pessoa sem qualquer resposta. Estas são as questões mais difíceis de responder ... o cliente não deve ficar sem respostas às suas questões (dirigidas ou não), mas também não devem ser “inventadas” respostas sem fundamento, só para dizer algo ...às vezes basta um olhar para a pessoa perceber o que lhe queremos dizer. Não nos podemos esquecer que a comunicação não é só verbal, assim como, nem sempre, podemos dizer ao outro simplesmente aquilo que ele quer ouvir. Devemos orientar as pessoas para a realidade, não dar falsas esperanças ou sem fundamento... Para a aluna esta é uma das competências mais difícil de exprimir, uma vez que a gestão da comunicação depende muito da situação com que se depara, apresentando múltiplos fatores condicionantes (ex.: situação clínica do utente, idade, grau de entendimento da situação que vivencia, capacidade de perceção do que lhe é transmitido, fase de aceitação da doença, esperança e visão do futuro, ...), pelo que considera, que no seio de uma equipa de enfermagem, esta comunicação deve ser estabelecida por um profissional diferenciado, com boa capacidade de comunicação para boas e más notícias, pelo que pensa que como futura enfermeira especialista, poderá marcar a diferença neste acompanhamento.

3.2.1.6 Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) “Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.2)

Para a OMS os “enfermeiros permitem a participação activa e adequada do individuo e das pessoas significativas para si, encorajando a independência e autodeterminação” (ABREU, 2007, p.12). Em contexto de trabalho e estágio a

aluna apresentou uma postura digna e disponível para a relação terapêutica com o cliente e família, assim como, conseguiu mobilizar conhecimentos que permitiram desenvolver esta competência, podendo mesmo afirmar que, umas das unidades de competência que o estágio melhor permitiu desenvolver, foi a relação terapêutica com a pessoa/família do cliente crítico. Sempre que possível, aproveitou o seu tempo para estar com o cliente e família, tentando responder às suas questões e dúvidas, dentro do que se encontrava ao seu alcance, de forma a tranquilizá-los um pouco mais. Existiram duas situações de clientes em fase terminal de vida, que em conjunto com as colegas do serviço, foram reunidas condições e permitido que os familiares permanecessem junto do seu ente querido, para além do tempo normal de visita, de forma a que se proporcionasse um acompanhamento mais personalizado nesta fase derradeira da vida.

O desenvolvimento das unidades de competência anteriores permitiu e explica também o desenvolvimento desta unidade de competência, uma vez que se encontram intimamente relacionadas, no decorrer de uma relação de ajuda/relação terapêutica. Mais uma vez, os conhecimentos consolidados nas aulas dos módulos de Relação de ajuda e aconselhamento em enfermagem, Cuidados em situação de crise: cliente e família, Cuidados ao cliente em fim de vida e Espiritualidade e cuidados de enfermagem, permitiram o enriquecimento pessoal que facilita o estabelecimento de relação terapêutica com o cliente e/ou família, a vivenciarem processos de situação crítica, e ou falência orgânica.

3.2.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação

Face a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, o enfermeiro assume o dever deontológico de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de intervenção” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p.1.). Para melhor entendimento desta competência, considerou-se importante definir alguns termos que a constituem, de forma, a facilitar a sua compreensão.

O artigo 3º da Lei nº 27/2008, de 3 de Julho, na qual é aprovada a Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como “acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2006, p. 4696), sendo acidente grave considerado um “acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2006, p. 4696).

Para Wilson emergência é “uma situação ou um acontecimento inesperado que obriga a tomar providências de imediato” (WILSON, 2001, p.215). Por sua vez, emergência multi-vítimas “envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, Outubro 2011, p.2).

Para o desenvolvimento desta competência as aulas assistidas no módulo seminário de peritos: emergência e catástrofe, constituíram-se de extrema importância. As informações cedidas permitiram perceber como se organiza uma resposta a situação de emergência e catástrofe (articulação entre as diferentes entidades), assim como deu a conhecer alguns dos planos existentes e, alertou para a importância de apostar numa política de segurança que atenua o risco. Estes conhecimentos são essenciais para um enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, devendo tê-los sempre presente e manter-se atualizado, de modo a que em caso de necessidade, consiga intervir adequadamente perante uma situação de emergência ou catástrofe.

3.2.2.1 Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

Um dos problemas identificados na UCIM durante os estágios I e II, foi a falta de informação visível sobre o plano de emergência e catástrofe no serviço, pelo que inicialmente a aluna propôs realizar a sua revisão e, se possível, implementá-lo com o propósito de o tornar acessível a todos os que frequentam a unidade.

Para facilitar uma melhor aquisição desta competência realizou um estágio de observação CGR, que decorreu dia catorze de maio, com duração de oito horas, mais algum tempo de contato informal com a enfermeira responsável, para coordenação na atividade realizada, e que indevidamente, não foi contabilizado. Este tempo de observação teve como finalidade conhecer a CGR mais pormenorizadamente, os projetos que desenvolve e integra, assim como, recolher contributos que permitissem realizar a atividade proposta.

A CGR é uma comissão de apoio técnico, que depende do Conselho de Administração (CA), coordenada pelo Presidente do CA e, como previsto na Lei nº 35/2004, de 29 de Julho, integra o conteúdo funcional para as comissões de segurança e de saúde e higiene no trabalho. À CGR compete apoiar os órgãos de administração em tudo o que diz respeito ao bom desempenho das suas funções, designadamente:

- Promover uma abordagem estruturada na gestão do risco geral no hospital, que resulta em sistemas de trabalho mais seguros, práticas mais seguras, instalações mais seguras e uma maior consciencialização de perigo e responsabilidade;

- Promover a elaboração do plano de emergência interno (PEI) e do plano de prevenção, programando a atuação de cada hospital do CH em situações de maior risco potencial na área do concelho;

- Assegurar a articulação e colaboração com o serviço municipal de proteção civil e bombeiros;

- Manter estreita colaboração e contato, se possível, com os centros operacionais de proteção civil nacionais e regionais, com corporações de bombeiros e outros;

- Organizar ações de prevenção, informação, formação e sensibilização dos profissionais do CH, de forma a mobilizá-los para as situações de emergência.

A CGR é também responsável pela implementação das políticas de gestão do risco, gestão de incidentes, gestão de resíduos, segurança de pessoas e bens, saúde e segurança e pela operacionalidade do PEI.

Durante o estágio II a aluna teve oportunidade de fazer a formação interna hospitalar subordinada ao tema: Plano de emergência interno. Esta formação constituiu-se como muito útil para o desenvolvimento desta competência, pela riqueza de conteúdos abordados e a sua aplicabilidade em caso de necessidade. Durante o estágio III, teve a oportunidade de reler o plano de emergência e relembrar conceitos a utilizar em caso de emergência, fundamentais a ter presente para o caso de ser necessário colocá-los em prática, de forma a assegurar a segurança dos clientes, profissionais e bens da instituição.

A Portaria n.º 1275/2002, de 19 de setembro de 2002, aprova as normas de segurança contra incêndio a observar na exploração de estabelecimentos de tipo hospitalar. A legislação portuguesa prevê e obriga a elaboração de um plano de emergência para fazer face ao risco de incêndio, no caso de edifícios de utilidade pública, como são exemplo os estabelecimentos de tipo hospitalar.

Os edifícios hospitalares encontram-se sujeitos a diversos tipos de acontecimentos, os quais podem originar situações de emergência. A principal característica que os distingue dos outros edifícios, é o tipo de ocupação e as atividades desenvolvidas. “A principal preocupação, no que se refere à segurança deste tipo de Edifícios, deve ser a de prevenir a ocorrência de situações indesejáveis, ou, caso estas venham a ocorrer, limitar ao máximo a sua propagação, de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com excepção da zona afectada” (PEI, 2009, p.3). Esta citação alerta-nos para o facto

de, em situação de emergência, as ações devem ser planificadas e desenvolvidas de modo coordenado, de forma a obter economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos. Para tal, os planos de emergência devem ser atempadamente pensados, contemplados, alvo de planeamento, conhecidos pelos profissionais e alvo de reflexão, de forma a que cada profissional se identifique como um elemento fundamental neste processo, conheça a sua missão, o seu papel e ação, para que caso seja necessário ativar o plano, cada pessoa tenha conhecimento sobre forma como é esperado atuar (GOMES & OLIVEIRA, 2010).

No decorrer do estágio de observação realizado na CGR, foi possível verificar, que a ideia inicialmente proposta de rever o plano de emergência da UCIM não tinha muita utilidade, visto que o CH contratou uma empresa externa que se encontra a fazer a revisão do plano, que será a versão oficial, pelo que a única a pôr em prática nos serviços. De acordo com a enfermeira responsável pela CGR, não tinha muita utilidade estar a abordar algo que já se encontra a ser desenvolvido. Pelo que, após alguma reflexão surgiu a hipótese de elaborar um algoritmo de intervenção em caso de incêndio, dirigido à UCIM (unidade onde se desenvolveu a maioria dos estágios, e a aluna trabalha). Esta hipótese foi aprovada pela enfermeira chefe da unidade, enfermeira orientadora, enfermeira responsável pela CGR, professora orientadora, assim como, considerada como extremamente pertinente pela equipa da unidade. Teve-se ainda em atenção as Normas para Acreditação do Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde de 2010, no qual está implícito que devem:

- 10.21 – Existir instruções de incêndio claramente afixadas em toda a organização. (DGS, 2010, p.89)
- 10.22 – Nas áreas dos doentes estão afixados os pormenores do que fazer se houver doentes que tenham de ser deslocados em caso de incêndio ou emergência (DGS, 2010, p.89).

Para a realização do referido algoritmo (que se encontra em apêndice XIX), foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, mas a sua elaboração teve por base o preconizado no PEI, uma vez que, este é o plano em vigor no CH e

tudo o que é emanado em relação a esta temática, tem de estar em consonância com o mesmo. Durante a elaboração, foram possíveis contatos informais com a enfermeira responsável pela CGR e enfermeira orientadora, de forma a receber orientação que permitisse averiguar as informações e lógica, para uma correta elaboração do algoritmo.

3.2.2.2 Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe

Para que sejam evitadas situações, que possam originar problemas de difícil controlo, ou não controlados e que culminem em autênticas catástrofes, é fulcral apostar em planos de intervenção adequados, de forma a dar resposta eficaz, que evite o problema. É de conhecimento comum que a melhor forma de evitar um problema consiste em apostar na sua prevenção. Mas mesmo prevenindo e apostando em políticas de segurança hospitalares, por vezes, podem ocorrer situações que conduzam ao problema, sendo necessário intervir de forma a tentar minimizar os seus efeitos.

O algoritmo produzido e mencionado na unidade de competência anterior, foi a atividade/estratégia realizada para responder a esta unidade de competência, visto que foi pensada, planeada, simplificada, esquematizada e disponibilizada a forma mais correta de proceder à evacuação de pessoas da unidade numa situação de emergência, que pode envolver mais do que uma vítima, de modo evitar que um incêndio, que inicialmente até pode ser apagado com o extintor ou de forma mais simples, evolua para uma situação de catástrofe.

Durante a produção do algoritmo, em uma das conversas informais com a enfermeira orientadora e enfermeira responsável pela CGR, surgiu a ideia de adaptar uma folha existente no serviço para, em caso de necessidade de evacuar a unidade, esta ser a folha que acompanha os clientes para o serviço de acolhimento. A folha apresenta num quadro que resume a informação de todos os clientes internados na UCIM. Para se tornar na folha pretendida a utilizar em casos de evacuação, teve de incluir o número do processo dos clientes, que não

constatava anteriormente e que permite um melhor acesso ao processo clínico em qualquer serviço do hospital, através da aplicação informática. Como nunca tinha sido pensada esta questão, com esta pequena alteração, que já se encontra implementada e, com o alerta dado aos profissionais, esta adaptação pode fazer a diferença na continuidade de cuidados, em caso de necessidade de evacuação da unidade.

3.2.2.3 Gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe

A gestão de cuidados é uma das competências do enfermeiro especialista. Para o desenvolvimento e aquisição desta unidade de competência, e respetiva competência, consultou o PEI, como referido anteriormente, assim como, com vista a uma boa gestão de cuidados em situação de emergência ou catástrofe, como é exemplo um incêndio, foi elaborado e disponibilizado, o algoritmo de atuação em caso de incêndio na UCI.

Como já referido na competência K1, tinha sido proposto um estágio de observação na VMER, que tinha como objetivo a busca de conhecimentos que permitissem desenvolver esta competência na área pré-hospitalar, como também já foi explicado anteriormente, não foi possível realizar o estágio pretendido, o que inicialmente se traduziu em alguma insatisfação pessoal, visto esta ser uma vertente do cuidar que gostava muito de conhecer. Após a execução dos estágios e, ao elaborar este trabalho, conseguiu-se perceber que embora pudesse ser uma mais-valia, não colocou em causa o sucesso do desenvolvimento desta competência, tendo direcionado todo o seu desenvolvimento para o intra-hospitalar, que é onde sempre trabalhou e ambiciona desenvolver-se como enfermeira especialista em pessoa em situação crítica.

3.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

As IACS são consideradas infeções adquiridas pelos clientes em consequência de cuidados e procedimentos prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas atividades em contexto profissional (DGS, 2008). Este tipo de infeção assume especial atenção na pessoa em situação crítica, pela vulnerabilidade a que se encontra sujeita. Estudos internacionais revelam que sensivelmente um terço das IACS é evitável, através da adoção de medidas de segurança e controlo de infeção adequados (DGS, 2007).

3.2.3.1 Concebe um plano de prevenção e controlo de infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

Nos dias dois, sete e oito de maio de 2012 e num total de 24 horas, realizou um estágio de observação na CCI do CH onde trabalha, que teve como finalidade conhecer os projetos e dinâmicas de uma comissão essencial para manter as boas práticas de controlo de infeção hospitalar. A CCI é um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, na área de prevenção e controlo da infeção. Tem como missão levar a cabo as ações necessárias à implementação do Programa nacional de prevenção e controlo das IACS. A sua política de intervenção desenvolve-se por todo o CH, em quatro vertentes principais: vigilância epidemiológica, recomendações de boas práticas, avaliação das práticas de controlo de infeção, formação e informação.

Foi possível verificar que a CCI intervém num vasto número de atividades e problemas organizacionais, assim como relevante perceber como funciona esta

comissão, conhecer os projetos em que se insere, consultar as normas e protocolos que emana, essenciais à prestação correta de cuidados.

No seu dia-a-dia profissional, principalmente na prestação direta de cuidados, a aluna aplica as precauções básicas e específicas necessárias para a prevenção e controlo de infeção, adequando-as ao tipo de cuidado pretendido.

Como já referido neste documento, o PIS realizado foi no âmbito desta competência específica e, como abordado no capítulo que lhe foi dedicado, surgiu de uma necessidade identificada pelos profissionais da UCIM, tendo sido concebido um plano de prevenção e controlo de infeção, em forma de guia prático que se encontra disponível na unidade. Este guia foi organizado de acordo com as normas de orientação clínica emanadas pela CCI e que se encontram de acordo com as guidelines nacionais e internacionais, no que respeita às boas práticas do controlo de infeção.

O guia é um documento orientador de boas práticas na prevenção e controlo da infeção cruzada, orienta os profissionais para uma correta prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que se encontra infetada ou colonizada por microrganismos transmissores de infeção por via de contato ou gotículas. Contempla diversas situações concretas da prestação de cuidados, visando medidas de controlo de infeção, quer no contato direto como indireto com o cliente em isolamento.

Considera-se que a elaboração da norma de procedimento sobre os cuidados de enfermagem a ter com o acesso venoso periférico (apêndice XVIII), assim como o projeto desenvolvido e que se encontra implementado, pelas suas particularidades, permitiram desenvolver e mobilizar contributos necessários para adquirir esta unidade de competência na sua globalidade.

3.2.3.2 Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

O projeto de intervenção em serviço realizado e que se encontra implementado, já referido diversas vezes neste relatório, assume-se como o principal meio para o desenvolvimento desta competência, uma vez que foi planeado, liderado, elaborado e implementado pela aluna, com o contributo de algumas pessoas que se tornaram essenciais para o sucesso do projeto e que também já foram referidas anteriormente.

Para além do PIS, contribui para o alcance desta unidade de competência, a elaboração da, também já supramencionada, norma de procedimento sobre os cuidados de enfermagem a ter com o acesso venoso periférico. Esta atividade surgiu a pedido da enfermeira chefe da UCIM, foi identificada como uma das necessidades da unidade, visto que a infeção associada ao cateter venoso periférico foi reconhecida como uma das três principais infeções identificadas no cliente internado no CH, e a unidade onde se realizaram os estágios não ter norma de cuidado para este procedimento. Foi efetuada uma vasta pesquisa bibliográfica e elaborada a norma de procedimento, que foi revista pela enfermeira orientadora e responsável pela CCI, e pela enfermeira chefe do serviço. Atualmente aguarda ser colocada em vigor o serviço.

Para finalizar esta parte do relatório e, pelo que foi referido e justificado ao longo deste capítulo, considera-se que as competências comuns de enfermeiro especialista, e específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica foram totalmente adquiridas e desenvolvidas como esperado.

4. ANALISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, artigo 18º nº4, “preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR 2006, p.2247). Tendo em consideração os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, é proposto ao estudante adquirir, seis competências para alcançar o grau de Mestre em enfermagem, nomeadamente:

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica de cuidados de enfermagem;
- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integre equipas em desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducente à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
- Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

“Sem cuidado e sem formação, não há existência possível” (HONORÉ, 2004, p.185). A candidatura e frequência deste curso de mestrado, visaram a aquisição de competências que enriqueçam a qualidade de cuidadora da aluna.

Neste capítulo, descreve-se o modo como alcançou as competências pretendidas, de forma a tornar-se mestre em enfermagem.

4.1 DEMONSTRE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;

b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;

c) diagnostique e gira problemas e condições de saúde;

d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;

e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;

f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;

g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

A enfermagem é uma profissão na qual é exigido ao profissional uma panóplia de conhecimentos que permitam realizar um plano de cuidados, implementar intervenções autónomas ou interdependentes, com vista a alcançar objetivos e ganhos em saúde ambicionados.

Durante o curso de mestrado foi possível à aluna adquirir e recrutar conhecimentos que permitiram desenvolver e demonstrar competências específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

A realização do PIS já mencionado permitiu também o desenvolvimento desta competência. Emergiu em contexto escolar e da identificação de uma necessidade da equipa de enfermagem do local onde se desenvolveram o estágio e a aluna trabalha. A carência relacionava-se com a necessidade de reunir informação que orientasse a prestação de cuidados seguros aos clientes com diagnóstico de infeção transmissível por contato ou gotículas, que motivam isolamento geográfico, de modo a manter os cuidados ao cliente, a segurança dos outros clientes, profissionais e outros frequentadores da unidade de cuidados. Para se conseguir alcançar objetivo traçado, foi realizado um diagnóstico de situação, seguindo-se a elaboração do planeamento do projeto dirigido para colmatar a necessidade identificada, sendo este posteriormente, como pré-definido, colocado em execução. O projeto culminou com a entrega e avaliação de um guia prático, no qual se encontra reunida informação pertinente para consulta pelos profissionais, sobre os principais cuidados a ter perante um cliente infetado ou colonizado com um microrganismo que se transmite pelas vias de contato ou gotículas. Este guia foi elaborado, de forma a ser um documento de fácil consulta que reúne todas as orientações da CCI em relação a este tipo de cuidados. Contempla ainda informação dirigida aos familiares/pessoas significativas, uma vez que são importantes parceiros no cuidado, apresentam desconhecimento de algumas regras fundamentais para o controle de infeção e segurança, assim como, manifestam dúvidas e medos, que podem e devem ser desmistificados.

Atualmente o guia prático é considerado pelos profissionais, um documento de consulta de referência para fundamentar procedimentos e esclarecer dúvidas, relativas aos cuidados e/ou procedimentos a ter em atenção perante uma condição de isolamento geográfico. Durante o estágio e realização do projeto, teve lugar uma sessão de informação e esclarecimento, para os profissionais do serviço, sobre os cuidados a ter face a isolamentos de contato e gotículas, que foi considerada de máxima importância e pertinência, pelo que, estão para ser agendadas novas sessões, com o objetivo disseminar a informação ao maior número de profissionais possível.

Para além do PIS, nos momentos de cuidado aos clientes e famílias/pessoas significativas com que se cruzou, teve sempre em consideração os seus problemas, traçando um plano de cuidados personalizado e exequível, face às necessidades e condições de saúde do cliente, assim como aos recursos disponíveis, de forma a conseguir maximizar a qualidade de cuidados, através de intervenções de enfermagem autónomas ou interdependentes. Sempre que necessário, era pedida a colaboração e apoio de outros profissionais da equipa multidisciplinar, de modo a em equipa se conseguir potenciar os cuidados, tendo como primeira finalidade assegurar a continuidade dos mesmos, ambicionando o bem-estar do cliente e/ou família/pessoas significativa de quem cuidamos. A praxis de cuidar da aluna tem sempre por base os princípios éticos e morais inerentes à profissão e à sua condição enquanto pessoa, assim como, tenta sempre manter a equidade e qualidade no cuidado que presta ao outro. Cuida com a mesma responsabilidade, respeito, dedicação, empenho e competência que gosta que cuidem ou cuidassem de si e dos seus em situação semelhante, respeitando a sua individualidade, direitos e deveres, reunindo todas as condições para um cuidado de qualidade e justo, preservando o bem-estar, até a um último suspiro.

Para o desenvolvimento desta competência de mestre foram essenciais múltiplos assuntos lecionados em aula, mais especificamente, nos módulos de Gestão de cuidados de enfermagem, liderança de equipas e supervisão de cuidados, que facilitaram uma nova abordagem especializada na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

4.2 REALIZE DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS

a) identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;

b) valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.

“A vida é reconhecida como um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, e cada vez mais se valorizam os saberes e as competências adquiridas a margem dos sistemas tradicionais. A experiência é considerada como uma fonte legítima de saber, que pode (e deve) ser formalizado e validado.” (PIRES, 1997, p. 7). A origem da formação académica assenta no saber cognitivo. Ao profissional é-lhe exigida a aprendizagem da técnica, onde a competência é sublimada pelas aprendizagens decorrentes da replicação operativa, da experimentação e da partilha de saberes, numa busca constante para atingir a perícia da perfeição (BENNER, 2001).

O percurso académico e profissional, são exemplo do modo como a aluna tem vindo a dar resposta às suas necessidades de formação, assim como são reflexo do investimento e busca pela valorização da sua formação profissional. O aperfeiçoamento do seu projeto pessoal e profissional, surge da necessidade constante de atualização e aquisição de conhecimentos que lhe permitam desenvolver competências para aperfeiçoar o seu desempenho profissional, de forma a refletir-se na melhoria contínua dos cuidados que presta. Tem ainda a ambição de contribuir para a elevação da qualidade dos cuidados nos locais onde trabalha, e que esta se reflita nos cuidados prestados no centro hospitalar em que desempenha funções de enfermeira.

De acordo com o artigo 90º do código deontológico (dos deveres para com a profissão), o enfermeiro deve “manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p.3). A formação profissional com vista a agregar contributos para aperfeiçoar a experiência profissional, sempre foi uma das suas apostas no futuro, como forma de colmatar lacunas e a ansia de melhorar a qualidade dos cuidados, na busca da excelência do cuidar que presta diariamente. Para tal tem sido necessário reunir recursos pessoais, que nem sempre são fáceis de mobilizar. Com o passar dos anos, a vida pessoal, a conjuntura que se vive atualmente por todo o mundo e concretamente em Portugal, torna-se mais difícil disponibilizar recursos pessoais e socioeconómicos, mas fundamentalmente motivação para se entregar a projetos desta magnitude, que previsivelmente num futuro próximo, poderão não ser reconhecidos como se

pretende, torna o caminho um pouco mais difícil, mas com persistência e convicção tem conseguido o sucesso, atingido os seus objetivos profissionais, que por sua vez, se tornam em sucessos de natureza pessoal. O caminho pode ser difícil e tortuoso, mas busca sempre nos seus recursos (pessoais e profissionais) forças e ambição para alcançar as metas definidas, os obstáculos com que se depara são vistos como pedras no caminho, que quando retiradas tornam o alcance da meta mais glorioso. Considera o atual curso de mestrado como um dos percursos escolhidos para a busca da excelência profissional.

4.3 INTEGRE EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROACTIVA

a) Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;

b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;

c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;

d) Faça gestão de casos quando aplicável;

e) Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

O enfermeiro tem o dever, como profissional da equipa de saúde de:

“ a) Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;

b)Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;

c)Integra a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 a, p. 5).

O cuidado ao cliente, principalmente à pessoa em situação crítica, necessita de uma intervenção a nível multidisciplinar, com vista à otimização dos recursos disponíveis, de forma a conseguir a melhor resposta face à situação apresentada. No seio de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro é um dos principais elos da corrente do cuidado, pois este é muitas das vezes a pessoa que mais tempo está junto do cliente, conhece as suas necessidades e age na defesa das mesmas, sendo o elo de ligação entre o cliente/família e os outros elementos da equipa multidisciplinar. Neste sentido, a aluna age com base nos conhecimentos que tem vindo a atualizar e especializar, e que se baseiam nos fundamentos e teorias da profissão (como se pode constatar no enquadramento deste relatório), olhar clínico através da capacidade de compreensão dos sinais e sintomas manifestados pelo e no cliente, agindo de forma a, em conjunto com a restante equipa, dar resposta aos problemas identificados. Enquanto mestre em enfermagem e especialista em pessoa em situação crítica, durante este percurso e no seu dia-a-dia profissional, tem sempre como principal propósito proporcionar os cuidados personalizados e de qualidade, face às necessidades dos seus utentes, gerindo as situações e casos, reformulando planos de cuidados, sempre com vista a prestar cuidados especializados face às necessidades daquele cliente. Funciona como elemento de ligação com a equipa multidisciplinar, alertando a mesma para as alterações e necessidades identificadas nos seus clientes e sendo elemento consultor de referência para os outros profissionais quando estes necessitam de informações concretas sobre os clientes, assim como buscam os seus conhecimentos e saberes.

O desenvolvimento desta competência de mestre vai buscar fundamento ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em

enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente, K1 - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

4.4 AJA NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS

a) selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;

b) avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

Face a um problema e necessidade de resolução, a aluna tenta criar um raciocínio lógico, baseado nos princípios defendidos em enfermagem, nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nos princípios ético morais, em pesquisa bibliográfica atualizada sobre as patologias e prestação de cuidados de enfermagem, assim como no REPE e no código deontológico. Perante a situação apresentada e que necessita de intervenção de enfermagem, elabora um plano de cuidados, muitas das vezes mental, optando por intervenções autónomas ou interdependentes dirigidas que lhe pareçam as mais adequadas à situação concreta. Durante a execução do plano de cuidados, vai avaliando os resultados das intervenções realizadas, se estas vão ao encontro dos objetivos traçados. Se necessário, realiza alterações no plano para que a prestação de cuidados seja a mais dirigida possível às necessidades ou problemas do cliente que cuida, tornando-se assim em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta é uma máxima que aplica diariamente nos cuidados que presta, tendo sempre em consideração, os princípios ético e deontológicos, o melhor benefício para o cliente, face ao seu estado de saúde e o plano de cuidados multidisciplinar traçado para aquela situação concreta.

O projeto de intervenção em serviço, abordado diversas vezes neste relatório, é um exemplo de como conseguiu desenvolver esta competência, tendo por base uma necessidade da equipa multidisciplinar em que se insere,

selecionou os meios e estratégias mais adequadas à sua resolução, fundamentou e avaliou os resultados da sua intervenção.

4.5 INICIE, CONTRIBUA PARA E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA

a) analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;

b) use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

De acordo com o número cinco do REPE “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p.4). A prática de enfermagem baseada na evidência é definida por Wilson de Abreu como “processo através do qual os enfermeiros adoptam decisões clínicas com base em investigação credível, na sua própria experiência e nas decisões dos próprios utentes. Implica recurso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência para tomar decisões sobre os cuidados prestados aos utentes” (ABREU, 2007, p.66).

Com vista a alcançar a melhor evidência, ao longo do curso, foram realizadas diversas pesquisas na procura de fundamento face às necessidades identificadas de atualização, em termos de cuidados especializados e patologias complexas.

Como já referido ao longo deste relatório, o PIS surgiu em contexto académico, mas a área de intervenção emergiu de uma necessidade dos profissionais da unidade que visa a segurança dos cuidados relativamente a questões de controlo de infeção. Através da metodologia de projeto, foi realizado um guia de boas práticas, que atualmente se constitui como referência na

abordagem ao doente crítico infetado ou colonizado, por microrganismos transmissíveis por contato ou gotículas.

Durante o curso existiram outras atividades que, com recurso a investigação, contribuíram para promover a prática de enfermagem baseada na evidência, nomeadamente alguns trabalhos realizados em contexto académicos, inseridos nas unidades curriculares de Ambientes em saúde, Filosofia, bioética e direito em enfermagem, Supervisão de cuidados e Questões éticas e emergentes em cuidados complexos.

Foi proposta a realização de um artigo científico no âmbito do curso de mestrado. Optou-se por fazer uma revisão da literatura atualizada sobre o tema do PIS, pelo que se redigiu o artigo, que se encontra em apêndice XX, intitulado: Infecções associadas aos cuidados de saúde: uma questão sensível aos cuidados do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. A prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, é uma área de grande acuidade nos cuidados de saúde e de intervenção fulcral de enfermagem, particularmente do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Realizou-se uma vasta pesquisa bibliográfica, em bases científicas e de referência, assim como manuais e artigos pertinentes sobre o tema, que permitiram fundamentar uma prática de cuidados de enfermagem de excelência. Considera-se que o artigo redigido permite contribuir e sustentar a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

4.6 REALIZE ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E DE COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR

Esta competência de mestre foi adquirida com a realização do PIS abordado neste relatório. Inicialmente a aluna efetuou uma análise diagnóstica sobre as reais necessidades dos profissionais da unidade onde trabalha e na qual realizou os estágios, que fosse passível de intervenção de enfermagem, da qual

surgiu a necessidade a colmatar. A necessidade identificada e trabalhada, tem como tema central a segurança dos clientes e profissionais, no que se concerne às políticas de controlo de infeção nos sistemas de saúde, assim como se insere nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: satisfação do cliente, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e, organização dos cuidados de enfermagem. Utilizando a metodologia de projeto, elaborou um planeamento do PIS no qual identificou as intervenções e atividades que permitiram atingir os objetivos específicos que culminaram num objetivo geral. Realizou uma exaustiva pesquisa bibliográfica atualizada sobre o tema e o que pretendia incluir no guia realizado, reuniu a informação que considerou mais apropriada e que fundamentasse adequadamente as suas opções estratégicas, tendo por base diretrizes atualizadas e a prática baseada na evidência. Realizou uma ação de formação/informação sobre os cuidados a ter perante uma pessoa em que é diagnosticada uma infeção transmissível por contato ou gotículas, que serviu como momento de formação, considerado pelos intervenientes de extrema utilidade na transmissão e aprofundamento de conhecimentos fundamentais para uma boa prática de cuidados.

A aquisição das competências de enfermeiro especialista, gerais (domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade e gestão dos cuidados) e as três competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, possibilitaram também o desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

5. CONCLUSÃO

Atualmente “Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização” (SANTOS, 1999, p.50). O desenvolvimento da ciência influencia os sistemas de saúde, o que torna as exigências institucionais cada vez mais complexas, sendo exigido aos profissionais, nomeadamente enfermeiros, cuidados cada vez mais diferenciados e especializados, que se adquirem com formação profissional. A enfermagem em geral, mas particularmente em Portugal, tem realizado um percurso coerente e de referência no sentido da formação com qualidade dos seus profissionais, assim como no desenvolvimento e autonomia da profissão. A frequência do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica que culmina com a entrega e discussão deste relatório, surgiu da necessidade constante de aprofundar, sedimentar e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, com vista a alcançar a excelência no cuidar.

Este relatório apresenta de forma objetiva e concisa o percurso teórico realizado durante o supra referido curso de mestrado, e expõe de modo reflexivo as experiências vivenciadas ao longo das várias etapas que constituíram o percurso efetuado, que permitiu o desenvolvimento de conhecimento e competências que permitirão a aquisição do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e de enfermeira especialista em pessoa em situação crítica.

Através da execução do projeto de intervenção em serviço no âmbito do controlo de infeção, foi elaborado um guia prático sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção, que atualmente é considerado um documento de referência para os profissionais da unidade onde está disponível, no cuidado ao cliente crítico infetado ou colonizado.

Com vista a facilitar a aquisição e desenvolvimento das competências pretendidas, para além do PIS, foi colocado em prática um projeto de aquisição de competências, que proporcionou distintas interações basilares para o sucesso do objetivos definidos.

Ao longo de todo este percurso acadêmico, a aluna procurou coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos, pesquisas efetuadas, desenvolvimento de projetos, interações profissionais, sempre com uma perspectiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, no qual assume como foco os cuidados ao cliente e sua família/pessoas significativas. O trajeto efetuado permitiu alcançar todos os objetivos definidos, tendo desenvolvido competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, que permitirão cuidados especializados com vista à excelência do cuidar.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson Correia. **Supervisão, Qualidade e Ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?** Cadernos Sinais Vitais, nº1. Coimbra: Formasau, 2003. ISBN: 972-8485-35-2

ABREU, Wilson Correia. **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau, Julho 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0

ALMEIDA, M. C., RIBEIRO, J. L. – **Qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos.** Revista Nursing, nº 247, 2009. p. 16-23 ISSN: 0871-6196.

BÁRTOLO, Emília. **Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar – Em estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.** 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, Maio 2007. ISBN: 978-972-796-270-9

BENNER, Patrícia. – **De Iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

BENTO, Maria da Conceição. – **Cuidados e Formação em Enfermagem, Que identidade?.** Lisboa: Fim de Século Edições LDA., 1997. ISBN: 972-754-112-7.

BENTON, David –**Enfermeiros têm um papel importante a desempenhar em situações de crise.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 39. Outubro 2011. p. 6-7. ISSN: 1646-2629.

BOLLANDER, Verolyn Rae. – **Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica.** 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.

BRITO, Ana Sara Alves – **O poder da Enfermagem não está na caneta, mas na relação e na capacidade de cuidar das pessoas.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 38. Setembro 2011. p. 4-8. ISSN: 1646-2629.

CANARIO, Rui. – **Educação de adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa. Outubro, 2000. ISBN: 972-8036-21-3

CARVALHO, Maria Manuela Soares de Sousa e Alvim Montezuma – **A Enfermagem e o Humanismo – Contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência, Lda. 1996. ISBN: 972-8383-00-2.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL. – **Plano de emergência interno Hospital de São Bernardo. Equipa de Evacuação tipo B**. Manual de formação. 2009

DIAS, M^a Fátima Batista. – **Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências de enfermagem para o grau de Licenciado**. 1^aedição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-14-3.

DICIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA. Edições: Porto Editora. ISBN-10: 972-0-012220-X

DINIS, Rogério Paulo Antunes Borges – A família do idoso internado: o parceiro esquecido?. In GOMES, Idalina. – **Parceria e cuidado de enfermagem – Uma Questão de Cidadania**. Coimbra: Formasau, Junho 2007. ISBN: 978-972-8485-86-3

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. - **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação**. Departamento da Qualidade em Saúde. 3^a Edição, Versão 01, 2010

ELKIN, Martha Keene, *et al.* – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2^a edição. Loures: Lusociência. 2005. ISBN: 972- 8383-96-7

FORTIN, Marie-Fabienne. – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. 2^a edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-10-X

GEORGE, Julia B; e Colaboradores. - **Teorias de Enfermagem – OS Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HESBEEN, Walter. - **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-71-1

HESBEEN, Walter. - **Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade – Emergir como autor do seu próprio pensamento**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-31-3

HONORÉ, Bernard. - **Cuidar – persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-58-4

JENSEN, Troels S. e col. – **Clinical Pain Management – Chronic Pain**. London: Arnold, 2003. ISBN: 0 340 80993 0

LEITE, Lúcia – **Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 24. Fevereiro 2007. p. 27-32. ISSN: 1646-2629.

MARTINS, Maria Aparecida. - **Manual de Controlo de Infecção Hospitalar – Epidemiologia. Prevenção. Controle**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, Ltda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8

MARTINS, Conceição – **Do Exercício Profissional: estruturantes, contextos e condições. Dimensão deontológica**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 38. Setembro 2011. p. 26-27. ISSN: 1646-2629.

MARTINS, Carlos – **Cuidados de Enfermagem Especializados – Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 38. Setembro 2011. p. 43-46. ISSN: 1646-2629.

MATEUS, Ana Maria Lopes, *et al.* - **Dor- Guia orientador de boas praticas**. Cadernos da OE. Série I, Número I. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5

NUNES, Lucília – **Significar padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 38. Setembro 2011. p. 90-95. ISSN: 1646-2629.

OLIVEIRA, Jacinto – **Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 24. Fevereiro 2007. p. 13-17. ISSN: 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor - Guia Orientador de Boa Prática.** Cadernos da OE. Série I, Número 1. Junho 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

OSORIO, Agustin R. – **Educação permanente e Educação de adultos.** Loures: Instituto Piaget, 2005. ISBN: 972-771-776-4

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. – **Comunicação de más notícias e gestão do luto.** Coimbra: Formasau, Abril 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Grifftin. **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos.** 5ª edição. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN: 978-8930-24-0

RAMALHO, Anabela. – **Manual de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise.** Coimbra: Formasau. 2005. ISBN: 972-8485-54-9

RENAUD, Michel – **Da falibilidade humana.** Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 24. Fevereiro 2007. p. 6-12. ISSN: 1646-2629.

RODRIGUES, Ângela; *et al.* – **Processos de formação na e para a prática de cuidados.** Lisboa: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6

RUIVO, Alice; FERRITO, Candida, *et al.* **Metodologia de projecto: Colectânia descritiva das etapas.** Revista Percursos. nº 15. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Janeiro – março, 2010. ISSN: 1646-5067

RUIVO, Alice; FERRITO, Candida, et al. **Revista Percursos. nº 17.** Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Julho – setembro, 2010. ISSN: 1646-5067

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências.** 11ª edição. Edições Afrontamento, 1999. ISBN: 972-36-0174-5

SERRANO, Maria Teresa Pereira, et al. – **Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s)?.** in Revista em Enfermagem Referência III. nº 3. 2011. Pg. 15-23

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 27/2006 de 3 de Julho aprova a Lei de Bases da Proteção Civil.** [em linha]. Nº 126. Julho de 2006. [consultado a 14 Junho de 2012] disponível em http://www.cm-porto.pt/users/1/116/LeideBasesdeProtCivil_3374314dc5077cef1b72d31585c1f1ad.pdf

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL (2012 a) – **Política de Qualidade.** [em linha]. Setúbal. 2012. [Consult. a 05-04-2012]. Disponível em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/View.aspx?p=137>

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL (2012 b) – **Comissão de Controlo de Infecção: Missão e Política.** [em linha]. Setúbal. 2012. [Consult. a 05-04-2012]. Disponível em http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/default.htm

Diário da República - I Série – N.º 57 (09/03/1978) - **Declaração Universal dos Direitos do Homem.** [em linha]. 489-491 [Consultado a 8 de Agosto 2012]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>

Diário da República - I Série A- N.º155 (12/08/2005) - **Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto de 2005**_(Sétima revisão constitucional). [em linha].

4642-4685. [Consultado a 8 de agosto 2012]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>

Diário da República - 1.ª Série – N.º 170(4/09/2007) - **Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro** (Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro). [em linha].6201-6258. [Consultado a 8 de agosto 2012]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF>

Diário da República - I Série – N.º 236 (13/10/1978) - **Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. [em linha]. 2135-2145 [Consultado a 10 de Setembro 2011]. Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2049&m=PDF

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [em linha]. Lisboa. Março de 2007. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documents/CCII/Programa Nacional Controlo Infeccao.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de operacionalização** . [em linha]. Lisboa. Fevereiro de 2008. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final**. [em linha]. 2011. [consult. a 18-09-2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf

GOMES, Teresa Pessanha; OLIVEIRA, Miguel Soares . **Guia para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde**. [em linha]. Direção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade em Saúde. Maio 2010.

[consult. a 21-05-2012]. Disponível em:
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>

HUGHES, CM, *et al.*- **Infection control strategies for preventing the transmission of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people (Review)- The Cochrane Collaboration.** [em linha]. WILEY. Janeiro 2008. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em:
<http://www.cfah.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=531>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. **Prevenção de infeções Adquiridas no hospital – um guia prático.** [em linha]. 2ª. Edição. Lisboa. 2002. [consult. a 01-03-2012]. Disponível em
http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf

MINISTERIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR – **Decreto-lei nº 74/2006** [em linha]. Nº 60. Março 2006. [consultado a 19 Julho de 2012] disponível em http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

MINISTÉRIO PÚBLICO PORTUGUÊS- **Ministro exige aos hospitais e centros de saúde apoio às comissões de controlo de infeção – Detalhe de notícia.** [em linha]. Janeiro 2012. [consult. a 20-06-2012]. Disponível em:
<http://m.publico.pt/Detail/1531019>

MIRANDA, António José de Almeida. – **Formação na pratica clinica de enfermagem- Os saberes do cuidar.** [em linha]. Março 2007. [consult. a 24-08-2012]. Disponível em: <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/>

MOURA, Josely Pinto. – **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes.** Tese de Mestrado. [em linha]. Ribeirão Preto: 2004. [consult. A 25-03-2012]. Disponível em:
www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../mestrado.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Relatório de Primavera 2011 – da depressão da crise para a governação**

prospectiva para a saúde. [em linha]. 2011. [consult. a 25-05-2012]. Disponível em:

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_O_PSS_1.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [em linha]. 1998. [consultado a 21 de Abril de 2011]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos [em linha], 2001. [consultado em 27 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais. [em linha]. 2003. [consultado em 01 de Maio de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009 a) - Código Deontológico. [em linha]. Lisboa. Setembro de 2009. [consultado a 21 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009 b) - Caderno temático 2- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) [em linha], 2009. [consultado a 23 de Abril de 2012]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – A Profissão. [em linha] 2010. [consultado em 01 de Maio de 2011]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências do Enfermeiros Especialista. Regulamento n.º 122/2011 [em linha]. Lisboa, 2011. [consultado em 01 de Maio de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 124/2011 [em linha]. Lisboa, Fevereiro 2011. [consultado em 01 de Maio de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. [em linha]. Lisboa, Outubro 2011. [consultado em 15 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

PIRES, Ana Luísa Oliveira - **Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa.** _Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2. Lisboa, 2007. ISSN: 1646-4990 [Consultado a 20 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

SADI. Sociedad Argentina de Infectologia. **La multiresistencia: un problema a abordar en forma interdisciplinaria e interinstitucional.** [em linha]. Mar del Plata, Maio 2011. [consult. a 20-05-2012]. Disponível em: <http://www.sadi.org.ar/files/DOCUMENTO%20FINAL%20Taller%20INE-SADI%202011.pdf>

SALISBURY, Diana M. *et al.* – **The effect of rings on microbial load of health care workers' hands.** [em linha]. 1997. [consult. a 20-05-2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9057940>

SANTOS, Marcos *et al.* – **Textos de apoio sobre a Analise SWOT e a Selecção de Prioridades.** [em linha]. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia; “Augusto Silva.” Évora. Março 2007. [Consult. a 07-02.2012]. Disponível em http://www.cisaas.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_finaI.pdf

SILVA, Sandra – **Não sofra só ...** [em linha]. Ponta Delgada, 2008. [consultado em 15 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEODiaMundialdaDor.aspx>

Anexos

Anexo I –

Panfleto informativo para os

familiares/pessoas significativas

Higienização das mãos

É a medida mais importante e mais eficaz de se proteger a si e ao seu familiar.

Deve ser realizada antes e após o contacto com a pessoa e/ou com o seu ambiente envolvente.

A solução alcoólica deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos, desde que estas estejam visivelmente limpas.

medidas simples salvam vidas

Duração total do procedimento: 20-30 seg.

1. Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies.

2. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.

3. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.

4. As palmas das mãos com dedos entrelaçados.

5. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.

6. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.

7. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.

8. Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

As precauções básicas devem ser mantidas sempre.

O sucesso do tratamento do seu familiar é uma responsabilidade de todos, depende não só da equipa profissional como também de si, por isso,

Proteja o seu familiar, PROTEGENDO-SE.

Respeite o número de visitas e o período de permanência, que será também restrito para a pessoa significativa.

Horário das Visitas:

3º e 4º Piso - 14h - 15h e das 19h -20h (duas visitas, uma de cada vez)

UCIM - 14h - 15h e das 19h -20h (duas visitas, uma de cada vez)

Em caso de dúvida informe-se com a equipa de enfermagem.

Obrigado pela sua colaboração!

Elementos Dinamizadores da Comissão de Controlo de Infecção—CCI.

2012

CENTRO HOSPITALAR DE

Serviço de Medicina Interna

Isolamento

Institui-se um isolamento quando se pretende prevenir a transmissão de microrganismos de um indivíduo para o outro.

O principal meio de transmissão de microrganismos é através das mãos, pelo contacto com a pele ou fluidos da pessoa infetada.

Existem recomendações definidas para minimizar o risco de transmissão.

Deverá segui-las quando visitar o seu familiar.

O cumprimento das recomendações de isolamento é uma necessidade indispensável e insubstituível.

Isolamento



Contacto Os microrganismos podem ser transmitidos através do contato com a pele ou mucosa. Pode ser direto — pessoa/pessoa ou indireto — pessoa/superfície.

Equipamento de Proteção Individual

A transmissão de microrganismos pode ser prevenida através do uso de:

- Luvas
- Touca
- Máscara
- Bata /avental
- Proteção de calçado



O material é descartável e de uso único.

Durante o uso do equipamento de proteção individual tenha o cuidado de não tocar em superfícies / objetos não relacionados com o seu familiar, sob o risco de contaminá-los.

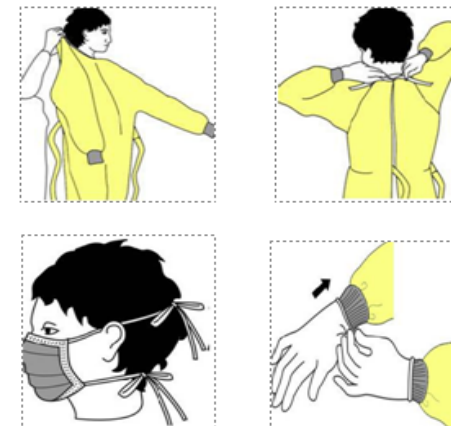
Ao ser instituído um isolamento surge a necessidade de adotar medidas que promovam a segurança de todos.



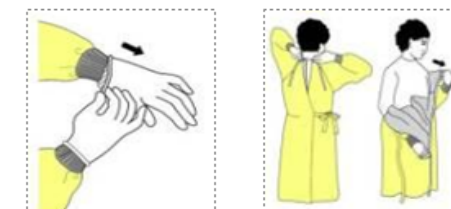
Cuidados que deve cumprir:

- Higienizar as mãos com a solução alcoólica à chegada do Serviço de Medicina Interna, antes e após contato com o seu familiar;
- Antes de entrar no quarto observe o dístico colocado na porta e reúna o equipamento de proteção individual que o enfermeiro recomendar;
- Apenas podem entrar objetos descartáveis no quarto de isolamento;
- Não se sente na cama ou no cadeirão;
- Contribua para manter a harmonia e silêncio, essenciais à recuperação do seu familiar;
- Respeite o número de visitas e período de permanência que será restrito;
- Após sair do quarto não poderá voltar a entrar, evitando deste modo o desperdício do equipamento de proteção individual;
- Evite o contacto com outros doentes internados;
- Se está doente não visite o seu familiar.

A colocação do equipamento de proteção individual é fundamental na prevenção e controlo da transmissão da infeção:



No final da visita deverá retirar as luvas enrolando-as de forma a que a parte exposta fique para dentro, assim como a bata/avental.



Desperdice o material no lixo (saco branco), que se encontra no quarto e proceda à higienização das mãos com a solução alcoólica.

Anexo II –

Competências comuns do enfermeiro especialista

Para consulta aceda ao link:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Anexo III –

Competências específicas do enfermeiro especialista

em pessoa em situação crítica

Para consulta aceda ao link:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Apêndices

Apêndice I – Diagnóstico situação PIS

Estudante: Isabel Cristina Reis Cordeiro
Instituição: Centro Hospitalar X
Serviço: Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM)
Título do Projeto: Guia pratico sobre quais e que cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>Aquando da necessidade de identificar uma área de intervenção para a elaboração do projeto de intervenção em serviço (PIS), era para mim fulcral encontrar um problema ou necessidade real do contexto no qual me encontro a trabalhar – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar X.</p> <p>Foi neste sentido que realizei algumas conversas informais com a Enfermeira-chefe do serviço, e destas surgiram alguns temas pertinentes a desenvolver no meu projeto. Com as ideias fornecidas pela Enfermeira-chefe decidi pedir parecer a alguns enfermeiros da unidade para saber qual seria o mais pertinente abordar neste momento. Destas conversas informais, de entre as quais com a enfermeira elemento dinamizador da Comissão de Controlo de Infeção da Unidade, que emergiu a seguinte necessidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Compilar informação sobre os principais microrganismos passíveis de transmissão de infeção, que originam a necessidade de colocar o doente em condições de isolamento (contacto, gotículas e via aérea) e de adotar cuidados específicos. Partimos do princípio que já existe informação disponível sobre este tema, mas será importante compilá-la de forma clara e sucinta e fornecê-la aos profissionais desta unidade.</i> <p>O desafio que surge ao abordar este tema tornou-se interessante para mim, pelo que validei a sua pertinência com a Enfermeira-chefe, a minha orientadora e enfermeira responsável pela Comissão de Controlo de Infeção do Hospital e com a professora da ESS, sendo unânime a pertinência e aprovação do tema para realização deste PIS.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema / necessidade identificada</p> <p>Déficé de informação sobre os microrganismos passíveis de transmissão de infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades.</p>
<p>Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras).</p> <p>A necessidade identificada pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios, surge no âmbito do Controlo de Infeção.</p> <p>O Centro Hospitalar X define como dois dos seus princípios da qualidade: <i>a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis.</i>¹ Por outro lado a Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar defende procedimentos que visem a uniformização das práticas de assepsia, higiene e segurança de utentes e profissionais, de modo a prevenir a transmissão cruzada de infecção.²</p> <p>De acordo com Martins (2001)³ uma infeção resulta da interação de um organismo capaz de produzir infeção (agente infeccioso) com um hospedeiro, originando a cadeia de infeção: <i>agente</i> (portador do agente infeccioso) - <i>transmissão</i> (meio que transporta o agente infeccioso) - <i>hospedeiro</i> (organismo que recebe o agente infeccioso ficando infetado). As medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar visam quebrar esta cadeia, com o objetivo de evitar a propagação dos</p>

organismos infecciosos, para evitar consequências que se podem tornar graves e a vários níveis - social, económico-financeiro, ético-moral, entre outros - quer para o indivíduo que fica infetado (doentes internados, profissionais ou acompanhantes dos doentes), como para a instituição hospitalar.

Atualmente as bactérias são os principais responsáveis pelas infeções hospitalares, seguidas pelos fungos e vírus. De acordo com o organismo/microrganismos identificado na pessoa infectada, a sua via de transmissão é específica, podendo ser por contacto físico, via aérea (aerossol ou gotículas), por partilha de material infetado ou por vetor (insetos – pouco frequente em meio hospitalar). ³ Após a identificação do microrganismo identificado e da sua via de transmissão, é fundamental que se adotem as medidas de proteção específicas para evitar a sua propagação.

No momento em que foram realizadas as conversas informais referidas anteriormente e que deram início a este projeto de intervenção, foi unânime o facto de o controlo de infeção ser uma área fulcral para a qualidade de cuidados de enfermagem e de grande interesse para desenvolver, uma vez que muitos dos profissionais apresentavam algumas dúvidas aquando da identificação de microrganismos infecciosos passíveis de transmitir a infeção a outros doentes, profissionais e/ou às visitas que estivessem em contacto direto com o doente e, por este motivo, levam à necessidade de colocar o doente em isolamento (contacto, gotículas ou respiratório) e adotar outros cuidados específicos. As principais dúvidas apresentadas relacionam-se com o tipo de microrganismo, a sua forma de transmissão e contágio, medidas de proteção a adotar e cuidados a ter.

Ainda neste âmbito, outra necessidade identificada pelos enfermeiros da unidade, e constatada ainda pela observação direta de comportamentos, relaciona-se com a dificuldade que alguns **familiares/visitantes** apresentam na utilização das medidas de proteção individual, desconhecimento dos cuidados a ter, pelo que se torna também importante fornecer informações adequadas.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Como problemas parcelares que compõem o problema/ necessidade identificado surgem:

- Falta de conhecimento **sobre os microrganismos** passíveis de transmitir infeção cruzada;
- Falta de conhecimentos **sobre os cuidados a ter de acordo com o microrganismo** identificado e que origina necessidade de isolamento do portador
- Desconhecimento das **medidas de proteção de acordo com o microrganismo identificado** e que origina necessidade de isolamento do portador
- Desconhecimento dos **familiares/visitantes, sobre os cuidados a ter durante o contacto com o doente isolado.**

Determinação de prioridades

Após a identificação e escolha da necessidade para estudo, definem-se como principais prioridades:

- Conhecer os principais microrganismos identificados que motivaram isolamento de doentes na UCIM;
- Recolher informação sobre os microrganismos identificados;
- Elaborar o guia prático de orientação sobre os cuidados a prestar para os enfermeiros;
- Elaborar materiais informativos para fornecer às visitas dos utentes.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJECTIVO GERAL

- *Elaborar um guia prático sobre os microrganismos potencialmente infecciosos identificados e os cuidados a ter na sua presença*

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer os microrganismos passíveis de transmitir infeção frequentemente identificados nos doentes internados na UCIM;

- Recolher informação sobre os microrganismos que podem transmitir infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades;

- Disponibilizar fichas técnicas sobre as medidas a adotar pelos profissionais da UCIM de acordo com tipo de isolamento;

- Disponibilizar aos familiares/visitantes, informação sobre os principais cuidados a ter de acordo com o tipo de isolamento.

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

- 1- [CENTRO HOSPITALAR X – Política de Qualidade. \[em linha\]. Setúbal. Outubro 2011. \[Consult. a 01-10.2011\]. Disponível em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/View.aspx?p=137>](http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/View.aspx?p=137)
- 2- CENTRO HOSPITALAR X – Comissão de Controlo de Infeção: Missão e Política. [em linha]. Setúbal. Outubro 2011. [Consult. a 01-10.2011]. Disponível em http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/default.htm
- 3- MARTINS, Maria Aparecida. Manual de Controlo de Infeção Hospitalar – Epidemiologia. Prevenção. Controlo. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, Ltda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8.

Data:

Assinatura:

Apêndice II-

Análise SWOT do PIS

<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade identificada pelos enfermeiros do serviço • Importância do tema • Replicabilidade do guia prático elaborado a outros serviços do Centro Hospitalar 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na obtenção de informação que seja baseada na evidência • Dificuldade na elaboração das fichas técnicas • Dificuldade no cumprimento do cronograma de atividades pré-estabelecido
<p>Pontos fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema • Facilidade da aprovação do tema pelos enfermeiros do serviço, enfermeira chefe, enfermeira orientadora e professora • Investigações pré-existentes na área do controle de infeção na qual se insere o projeto de intervenção 	<p>Pontos fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tema já estudado

Guia pratico sobre quais e que cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção

Da análise efetuada podemos constatar que este projeto de intervenção possui mais oportunidades e pontos fortes do que ameaças ou pontos fracos. Para combater as ameaças e pontos fracos o objetivo será trabalhar com convicção, dedicação e empenho, de forma a colmatar as possíveis falhas que possam daí advir.

Apêndice III – Mapa Planeamento do PIS

Planeamento do Projeto

Estudante: Isabel Cristina Reis Cordeiro	Orientador: F.B.
Instituição: Centro Hospitalar X	Serviço: Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina
Título do Projeto: Guia pratico sobre quais e que cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <p>- <i>Elaborar um guia prático sobre os microrganismos potencialmente infecciosos identificados e os cuidados a ter na sua presença</i></p> <p><u>OBJECTIVOS Especificos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os microrganismos passíveis de transmitir infeção frequentemente identificados nos doentes internados na UCIM; - Recolher informação sobre os microrganismos que podem transmitir infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades; - Disponibilizar fichas técnicas sobre as medidas a adotar pelos profissionais da UCIM de acordo com tipo de isolamento; - Disponibilizar aos familiares/visitantes, informação sobre os principais cuidados a ter de acordo com o tipo de isolamento. 	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<p>A realização deste projeto de intervenção só será possível com a indispensável colaboração dos seguintes profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira-Orientadora - Professora Orientadora - Enfermeira-Chefe do Serviço 	

- Responsáveis pela Unidade
- Enfermeiros da Unidade: equipa de enfermagem
- Elemento de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção
- Comissão de Controlo de Infecção

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Conhecer os microrganismos passíveis de transmitir infeção frequentemente identificados nos doentes internados	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar o estudo efectuado em 2010 sobre os microrganismos passíveis de transmitir infeção identificados no Serviço de Medicina Interna - Listar os microrganismos identificados de acordo com a sua prevalência - Identificar os tipos de isolamentos que motivaram e quais os respetivos cuidados a ter - Disponibilizar-me para colaborar no estudo planeado para 2011 com o mesmo objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Aluna - Orientadora de estágio - Enfermeira-chefe - Enfermeira elemento de ligação da UCIM com a CCI - Comissão controlo de infeção 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Papel - Caneta - Impressora 	5H	Lista com os microrganismos prevalentes -

Recolher informação sobre os microrganismos que podem transmitir infeção e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar junto da Comissão de Controle de Infeção o que existe sobre este tema - Pesquisar em bases de dados credíveis estudos e informações pertinentes sobre o tema - Consultar sites de referência (DGS, IQS, Instituto Ricardo Jorge) - Consultar manuais que possuam informações pertinentes sobre o tema - Confirmar a pertinência das informações encontradas com pessoas de referência - Selecionar a informação pertinente para elaborar o Guia Prático 	<ul style="list-style-type: none"> - Aluna - Orientadora de estágio - Comissão de controlo de infeção 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Pen - Impressora - Folhas de papel - Gasóleo 	110H	- Informação recolhida
- Disponibilizar fichas técnicas sobre as medidas a adotar pelos profissionais da UCIM de acordo com	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar a informação pertinente encontra de acordo com os vários tipos de isolamento - Organizar a informação de acordo com os conteúdos de cada ficha técnica - Elaborar as fichas técnicas - Reunir as fichas técnicas e organizá-las no guia prático - Disponibilizar o guia prático com as fichas técnicas para os 	<ul style="list-style-type: none"> - Aluna - Orientadora de estágio - Enfermeira-chefe - Professora orientadora - Equipa de 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Impressora - Folhas de papel - Impressão a cores - Pasta de arquivo - Separadores 	90H	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas técnicas elaboradas - Guia prático realizado - Sessão de informação efetuada

tipo de isolamento;	profissionais colocarem sugestões e críticas - Reorganizar as fichas de acordo com os comentários efetuados pelos profissionais - Pedir parecer sobre o guia elaborado à Comissão de Controlo de Infecção e às responsáveis pela UCIM - Disponibilizar o guia prático final para consulta dos profissionais - Efetuar uma sessão de informação sobre as medidas a adotar perante os vários tipos de isolamento.	enfermagem - Médicas responsáveis pela UCIM - Comissão de controlo de infeção	-Bolsas plástico		
Disponibilizar aos familiares/visitantes, informação sobre os principais cuidados a ter de acordo com o tipo de isolamento.	- Selecionar a informação pertinente de acordo com os vários tipos de isolamento para fornecer aos familiares/visitantes - Organizar a informação de acordo com os tipos de isolamento - Elaborar panfletos - Disponibilizar os panfletos com as fichas técnicas para os profissionais colocarem sugestões e críticas - Reformular os panfletos de acordo com os comentários efetuados pelos profissionais - Pedir parecer sobre os panfletos à Comissão de Controlo de Infecção e às responsáveis pela UCIM - Disponibilizar os panfletos para consulta dos familiares/visitantes na sala de espera da UCIM. - Efetuar sempre que possível a entrega em mão dos panfletos e disponibilizar-me para esclarecer possíveis dúvidas.	- Aluna - Orientadora de estágio - Enfermeira-chefe - Professora orientadora - Equipa de Enfermagem - Médicas responsáveis pela UCIM - Comissão de controlo de infeção	- Computador - Folhas de papel - Impressora - Impressão a cores	50H	- Panfletos informativos disponibilizados aos familiares e na sala de espera
Cronograma:					

(CONSULTAR APÊNDICE IV)

Orçamento:

(CONSULTAR APÊNDICE V)

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Durante a realização de um projeto de intervenção, existem constrangimentos que muitas vezes podem colocar em risco a concretização dos objetivos pensados inicialmente e, até mesmo, comprometer a viabilidade do projeto em execução, alguns dos quais difíceis de prever no início da execução do processo.

Penso que um bom planeamento é essencial para prever e tentar diminuir possíveis constrangimentos. Deste modo, aquando da execução do cronograma tive em atenção alguns prováveis constrangimentos, como:

- dificuldade em obter informação viável que fundamente e dê credibilidade ao guia a ser realizado, que vou tentar diminuir o risco com uma pesquisa baseada em fontes de informação credíveis e que será confirmada por pessoas de referência nesta área.
- possível dificuldade em captar a atenção dos colegas de trabalho para a avaliação do projeto, para tal, vou ter de, disponibilizar o guia prático e o respetivo instrumento de avaliação atempadamente e, se necessário, pedir-lhes pessoalmente a sua colaboração.
- dificuldade em gerir o meu tempo pessoal de forma a conseguir realizar as atividades que me proponho efetuar dentro dos tempos estabelecidos, para tentar colmatar este possível constrangimento penso que aquando da realização do cronograma de atividades, esta foi uma preocupação que tive, na gestão dos tempos
- falta de motivação pessoal para prosseguir com o projeto, este é um constrangimento que muitas vezes surge na realização de projetos deste tipo, espero que este não seja um problema para mim, mas na eventualidade de surgir, tentarei focar-me na pertinência do projeto para o serviço e nos objetivos pessoais e profissionais, que me fizeram aceitar o desafio que é integrar este curso de mestrado e o que a ele está associado.

Apêndice IV-

Cronograma PIS

Fases		Atividades	Ano 2011					Ano 2012						
			Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Estágio I Estágio II	Diagnóstico Situação	Reunião com a enfermeira-chefe do serviço para apresentação do estágio e projeto												
		Pesquisa junto dos enfermeiros do serviço sobre temas pertinentes a desenvolver no PIS												
		Identificação da necessidade a intervir												
		Pesquisa bibliográfica												
		Redação da identificação do problema/necessidade												
	Planeamento	Reuniões de estágio	Sempre que necessário e oportuno											
		Elaboração Cronograma de atividades												
		Pesquisa bibliográfica												
		Seleção de documentação pertinente												
		Seleção de documentos de acordo com os subtemas												
	Execução	Pesquisa bibliográfica												
		Seleção de documentação pertinente												
		Seleção de documentos de acordo com os subtemas												
		Elaboração de fichas técnicas												
		Elaboração do Guia prático												
		Elaboração de documento de avaliação do guia prático												
		Apresentação do guia prático à enfermeira-chefe, enfermeira-orientadora e professora												
		Disponibilização do guia prático para consulta aos enfermeiros do serviço, para comentários e críticas												
		Sessão de informação sobre os cuidados a ter perante os vários												

[illegible]

Apêndice V-

Orçamento PIS

			Total de horas	Valor hora
Tempo de profissionais envolvidos 826,5€	Enfermeira orientada	408,80 €	35H	1168
	Enfermeira-chefe	198,70 €	10H	19,87
	Enfermeiros serviço	179 €	25H	7,16
	Assistentes operacionais	40€	10H	4€
			Quantidade	Valor unidade
Material escritório 96,24€	Resma Folhas A4	6,98€	2	3,49€
	Tinteiro Cor	43,98€	2	21,99€
	Tinteiro Preto	35,98€	2	17,99€
	Dossier de arquivo	2,93€	1	2,93€
	Separadores	1,49€	1	1,49€
	Bolsas plásticas	4,88€	1	4,88€
Outros 35,5€				
	Meios audiovisuais	5,5H	1H	5,5H
	Técnico apoio meios audiovisuais			
		Valor Unidade	100 unidades	
	Impressão folhetos	,30€	30€	
Acesso à Internet 15€	Banda Larga TMN	10 meses	Numero horas acesso	Mensal
		15€	60h (1,5€/h)	18€
Deslocações	15 deslocações	Km	Litro	

42,94 €	Quinta do Anjo Setúbal		Gasóleo	
	33,94€	330	1,409 €	
	1 deslocação Penalva – Lisboa	Comboio	Metro	
	9€	6,9€	2,10 €	
TOTAL ORÇAMENTO			1016,18€	

**Apêndice VI -
Dístico de identificativo de
isolamento contato**

ISOLAMENTO - CONTATO

LAVAR AS MÃOS COLOCAR LUVAS COLOCAR BATA COLOCAR MASCARA VISITAS RESTRITAS



AO ENTRAR E SAIR DO QUARTO AO ENTRAR NO QUARTO AO ENTRAR NO QUARTO AO ENTRAR NO QUARTO

Solicite orientações da equipa de enfermagem

**Apêndice VII -
Dístico de identificativo de
isolamento gotículas**

ISOLAMENTO - GOTICULAS

LAVAR AS MÃOS COLOCAR LUVAS COLOCAR BATA COLOCAR MASCARA VISITAS RESTRITAS



AO ENTRAR E SAIR
DO QUARTO

AO ENTRAR NO
QUARTO

AO ENTRAR NO
QUARTO

AO ENTRAR NO
QUARTO

Solicite orientações da equipa de enfermagem

Apêndice VIII – Plano sessão de formação

Plano de formação 11-Maio- 2012	Sumário	1º Mestrado enfermagem médico- cirúrgica	UC: Estágio	3.º Semestre
	Cuidados a ter nos isolamentos e utilização dos equipamentos de proteção individual	Responsável: Isabel Reis Cordeiro		
Horário: 14h30 – 15h30	Local da formação: Serviço de Medicina Interna			

Bibliografia	<p>BOLANDER, Verolyn - <i>Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica</i>. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5</p> <p>BOLICK, Diana. et al. – <i>Segurança e controle de Infecção</i>. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN: 85-87148-40-0</p> <p>MARTINS, Maria Aparecida. - <i>Manual de Controlo de Infecção Hospitalar – Epidemiologia. Prevenção. Controlo</i>. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, Ltda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8.</p> <p>POTTER, Patricia; PERRY, Anne - <i>Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos</i>. Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 978-972-8930-24-0</p> <p>WILSON, Jennie. – <i>Controlo de Infecção na Prática Clínica</i>. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-57-6</p> <p>WHO Interim Infection Control Guidelines for health Care Facilities”, 10 March, 2004</p>
---------------------	---

	BARROSO, Felisbela – <i>Apontamentos de aula teórica Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas</i> – [não editado]. Setúbal, 2012
MAE	Computador Retroprojektor

Destinatários	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar X
Objetivos de sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação aos profissionais sobre cuidados a ter perante um isolamento e correta utilização dos equipamentos de proteção individual • Esclarecer dúvidas
Conteúdos programáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos • Vias de transmissão dos microrganismos: via área, gotículas e contato • Transmissão por gotículas: - microrganismos que se transmitem por gotículas <ul style="list-style-type: none"> - isolamento do utente - EPIs a utilizar - dístico a colocar à entrada da unidade • Transmissão por contato: - microrganismos que se transmitem por contato <ul style="list-style-type: none"> - isolamento do utente - EPIs a utilizar - dístico a colocar à entrada da unidade • Recomendações: - recomendações gerais <ul style="list-style-type: none"> - informação às visitas - transporte do doente • Equipamentos de proteção individual: - quais são? <ul style="list-style-type: none"> - como se colocam com segurança

	<ul style="list-style-type: none"> - como se retiram com segurança - eliminação correta <ul style="list-style-type: none"> • Espaço para debate e esclarecimento de dúvidas • Apresentação de folheto informativo com informações sobre Isolamentos (em conjunto com as enfermeiras elementos de ligação do serviço com a comissão de controle de infeção do CHS)
Estratégia para transmissão de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em powerpoint • Exposição oral (metodologia participativa) • Abertura para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências entre profissionais (metodologia participativa)

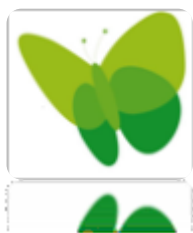
Profissionais presentes	<ul style="list-style-type: none"> - 5 assistentes operacionais - 14 enfermeiros - enfermeira-chefe do serviço - enfermeira orientadora e enfermeira da Comissão de controlo de infeção do CHS
Avaliação da formação	A formação foi avaliada por todos os seus participantes como extremamente pertinente, com objetivo claros e adequada à prestação de cuidados. A apresentação foi considerada clara e objetiva e os conteúdos abordados de elevado interesse.
Observações	Esta formação inseriu-se no plano de formação elaborado em conjunto com as enfermeiras elementos de ligação do serviço com a comissão de controlo de infeção, com a apresentação da sessão intitulada: “unir esforços para prevenir”.

Apêndice IX – Powerpoint da formação

[Hiperligação para a apresentação](#)

Apêndice X –

Guia prático sobre os cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



1.º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular: Estágio III

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO:

**GUIA PRÁTICO SOBRE CUIDADOS A TER
COM OS MICRORGANISMOS TRANSMISSORES DE INFECÇÃO**



Elaborado por: Isabel Reis Cordeiro n.º 100519011

Enfermeira Orientadora: Felisbela Barroso

Docente: Dra. Maria de Lurdes Martins

UCIM

CH

Junho 2012

162

**“Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um ato, mas sim um hábito.”**

Aristóteles

Índice

	Separador
Lista de siglas e abreviaturas.....	1
Nota introdutória.....	2
Glossário.....	3
Enquadramento teórico.....	4
Precauções básicas.....	5
Precauções específicas.....	6
• Ficha técnica: isolamento de contato.....	7
• Ficha técnica: isolamento de gotículas.....	8
Informação para as visitas.....	9
Notas finais.....	10
Bibliografia.....	11
Anexos	A
1. Circular Normativa DGS: Orientação de boa pratica para a higiene das mãos nas unidades de saúde.....	A1
2. CIF. 014 -Procedimento “Lavagem e desinfeção das mãos”.....	A2
3. Manual de Limpeza de Superfícies	A3
4. CIF.01 - Procedimento para Limpeza de Áreas Infetadas ou Isolamento.....	A4
5. CIF.02 - Procedimento para Limpeza de Áreas Especializadas	A5
6. CIF.03 - Procedimento Doentes Alto Risco.....	A6
7.CIF.06 - Procedimento “Técnicas de Isolamento e Enfermagem Controlada”.....	A7
8.CIF.08 - Procedimento “Controlo de Microrganismos Multirresistentes”.....	A8

9. CIF .09 - Procedimento “Material de Limpeza”	A9
10. CIF .18 - Procedimento “Lidar com Cadáveres no HSB”	A10
11. GRE. 02 - Procedimento “Eliminação de resíduos em segurança”	A11
12. Folheto para os familiares.....	A12
Apêndices.....	B
1. Dístico Isolamento de contato.....	B1
2. Dístico Isolamento de gotículas.....	B2
3. Powerpoint de formação em serviço.....	B3

Lista de siglas e abreviaturas

CCI – Comissão de controlo de infeção

CIF – Controlo de infeção

CH – Centro Hospitalar X

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

ex.: exemplo

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

m. – metro (medida de comprimento)

MRSA – *Staphylococcus aureus* *meticilino-resistente*

MMR – microrganismo multirresistente

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção

POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção

p. – página

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

sras. – senhoras

sr. - senhores

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

WC – casa de banho

Nota Introdutória

A saúde deve ser vista como vetor de desenvolvimento, o que pressupõe que a mesma seja parte integrante de uma estratégia de intervenção multisectorial, com projetos que tenham características de sustentabilidade (BRISSOS, 2004).

O presente guia surge em contexto de trabalho académico, projeto de intervenção em serviço (PIS), realizado no decorrer das unidades curriculares Estágio (I,II,III) do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Para a realização do PIS foi necessário identificar uma necessidade/problema no local onde o estágio se desenvolveu, neste caso Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) do Centro Hospitalar de X. (CH). Era fulcral focar uma real necessidade do serviço, pelo que se ouviu a enfermeira-chefe, que identificou algumas necessidades efetivas e passíveis de abordar. Como forma de escolher o tema que seria mais pertinente, foram contactados enfermeiros da unidade, que elegeram como necessidade primária a elaboração de um guia orientador de boas práticas na prevenção e controle da disseminação de microrganismos, que reúna, de forma objetiva e de fácil acesso, todas as informações sobre os cuidados a ter perante um caso com necessidade de isolamento. Para que este guia fosse o mais adequado à realidade do serviço, optou-se por abordar unicamente as vias de transmissão de microrganismos por contato e gotículas, visto que, o serviço não reúne condições para internamento de doentes em isolamento de via aérea.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) reconhece as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) como um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde. Uma atuação nacional planeada e bem estruturada, que mobilize profissionais

especializados e disponibilizados para o efeito, conseguiria evitar cerca um terço destas infeções. É fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente à IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica, sustentados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, designadamente recomendações de boas práticas, e pela formação e informação dos profissionais (DGS, 2007).

O CH define como dois dos seus princípios da qualidade: *a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis* (CH, 2011). Por outro lado a Comissão de controlo de infeção (CCI) do CH defende procedimentos que visem a uniformização das práticas de assepsia, higiene e segurança de utentes e profissionais, de modo a prevenir a transmissão cruzada de infeção (CH, 2011).

De acordo com a CCI do CH a prevenção das infeções hospitalares começa com a adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde. No que respeita ao controlo da infeção, existem práticas recomendadas e cientificamente validadas como eficazes na diminuição da incidência de infeções IACS. Os profissionais que prestam cuidados deverão conhecer tais recomendações e compreender a importância da sua aplicação (CCI, 2012). Deste modo a CCI do CH elabora documentos de orientação de boas práticas, e disponibiliza-os pelo CH para que todos os profissionais prestem cuidados de qualidade.

Este trabalho realizado no âmbito do PIS enquadra-se ainda nas sete categorias dos enunciados descritivos do Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica: prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados (OE, 2011).

Este guia faz referência aos documentos que se enquadram nesta temática, de forma a serem consultados sempre que surjam dúvidas.

Partimos do princípio que já existe informação disponível sobre este tema, mas tornou-se relevante compilá-la de forma clara e sucinta para fornecê-la aos profissionais desta unidade. Para conseguir este objetivo, este guia é organizado da seguinte forma:

- *Glossário* - com termos importantes na prática do controle de infecção,
- *Enquadramento teórico* - no qual é abordada a importância desta temática,
- *Precauções básicas* - vitais para a prática diária do cuidar
- *Precauções específicas* - medidas de prevenção perante a possibilidade de interação com agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de precauções básicas
- *Fichas técnicas*: isolamento de contato e isolamento de gotículas – das quais constam os cuidados a ter e recomendações da CCI
- *Informação para as visitas* - porque os familiares/pessoas significativas, ou outras visitas, são parte integrante do cuidado, deste guia consta um folheto que deverá ser entregue aos visitantes como forma de alerta para alguns aspetos importantes que devem ser retidos e praticados.
- *Anexos* – neste capítulo podemos encontrar uma compilação das recomendações, da DGS e da CCI, em vigor e que devem ser seguidas para uma boa prática profissional, mantendo a segurança do cuidar
- *Apêndices* – encontram-se disponíveis exemplares dos dísticos de identificação com os EPIs a utilizar em caso de isolamento por contato ou gotículas, assim como o powerpoint da sessão de formação realizada: Isolamento e utilização dos equipamentos de proteção individual.
- *Notas finais* – por fim encontramos algumas notas finais sobre a elaboração do guia, não em forma de conclusão, visto que este é um projeto em execução, no qual, sempre que se justifique serão adicionados aportes que os profissionais considerem pertinentes para enriquecimento deste guia.

Glossário

Agente infeccioso - organismo, sobretudo microrganismo, capaz de produzir infeção ou doença infecciosa

Assepsia – processo pelo qual se consegue impedir a penetração de germes patogénicos em local que não os contenha

Bactérias - microrganismos unicelulares simples, com parede celular dupla que as protege de alguns mecanismos de defesa do organismo. Podem ser classificadas de acordo com o seu formato (cocos, bacilos, espirais), necessidade de usar oxigénio (aeróbios ou anaeróbios), coloração (Gram-positivas, Gram-negativas ou álcool-acido resistentes), tendência em encapsular (encapsuladas e não-encapsuladas) e capacidade de produzir esporos (esporulantes e não-esporulantes).

Bactérias multirresistentes – Bactérias que resistem à ação dos antibióticos comuns.

Colonização – presença e multiplicação de microrganismos sem qualquer expressão clínica evidente ou reação imune detetada

Colonizado – pessoa com um determinado microrganismo, capaz de desenvolver doença, mas na qual ainda não desenvolveu doença

Contágio – transmissão de agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo

Contaminação – transferência do agente infeccioso para um organismo, objeto ou substância. Crescimento e multiplicação de microrganismos de forma transitória nas superfícies inertes, em produtos biológicos ou no próprio indivíduo (ex.: mãos dos profissionais contaminadas com *Staphylococcus aureus*).

Contaminado – organismo, substância ou objeto portador de agente infeccioso.

Descontaminação – remoção ou neutralização de agentes contaminantes; desinfecção, purificação, despoluição

Desinfecção – processo de destruição química de microrganismos, mas não os esporos bacterianos. É realizada usando uma solução desinfetante e em objetos inanimados

Detergente – substância química, em pó ou líquida, adicionada à água para limpar objetos, superfícies sólidas, fibras, tecidos, etc.

Doença infecciosa – doença causada por microrganismo patogénico, passível de ser transmitida a outros, cuja transmissão acontece por contato, por gotículas ou por via aérea.

Doença transmissível – doença causada por agente infeccioso ou suas toxinas e contraída através da transmissão desse agente, ou dos seus produtos, diretamente de uma pessoa ou animal infetado ou de um reservatório ao hospedeiro susceptível. A transmissão também pode ser indireta, por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado.

Doente imunodeficiente ou imunocomprometido – doente com deficiência clinicamente significativa do sistema imunitário, a qual implica um aumento de susceptibilidade para contrair infeções por bactérias, fungos, parasitas ou vírus.

Equipamentos de proteção individual ou Barreiras técnicas – atividades destinadas a prevenir a transmissão de agentes infecciosos de um local para o outro. Ex. utilização de luvas, bata, avental, máscara.

Esporo – involucro resistente que algumas bactérias possuem para proteger as suas células quando as condições ambientais são adversas. Os esporos germinam quando essas condições melhoram, e a célula recomeça a multiplicar-se.

Esterilização – método que remove ou destrói todos os microrganismos, incluindo os esporos.

Higienização – processo genérico de limpeza das mãos. Pode ser realizada através da lavagem das mãos com água e detergente (quando as mãos se encontram visivelmente sujas) ou recorrendo à utilização de SABA (quando não é visível sujidade nas mãos, mas há suspeita de contaminação). É contraindicada a lavagem das mãos seguida da utilização de SABA, ou vice-versa.

Hospedeiro – Homem ou animal que ofereça, em condições naturais, subsistência ou alojamento a um agente infeccioso.

Imunidade – Proteção contra a infeção por um determinado micróbio, inativando-o ou rejeitando o microrganismo, aquando da sua presença.

Infeção – Entrada no organismo de um microrganismo nocivo e sua multiplicação nos tecidos.

Infetado – organismo contaminado por microrganismos e com doença provocada pelo mesmo.

Isolamento – segregação de organismos infetados durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos suscetíveis.

Isolamento em coorte – segregação de duas ou mais organismos infetados com o mesmo microrganismo, durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos suscetíveis.

Isolamento geográfico – colocação do doente em quarto individual, devendo as janelas e as portas manterem-se fechadas e ser restrito o tráfego de pessoas ao mínimo possível.

Isolamento de contenção – estabelecimento de barreiras físicas, de modo a prevenir a transmissão de microrganismos patogénicos de um doente para outro, para profissionais ou para visitantes.

Isolamento protetor – estabelecimento de barreiras físicas de modo a prevenir a transmissão de microrganismos patogénicos para um doente imunodeficiente.

Isolamento setorial – delimitação de um espaço, no serviço, designado para o doente ou doentes em isolamento. Surge como alternativa ao isolamento geográfico, nas situações em que a transmissão do microrganismo pode acontecer por contato ou por meio de gotículas.

Infeção – invasão e multiplicação de um agente infeccioso no organismo do homem ou outro animal suscetíveis, causando resposta imunológica do hospedeiro.

Infeção hospitalar – infeção adquirida pelo utente durante a permanência no hospital, podendo manifestar-se durante ou após a alta clínica, quando se relacionar com o internamento ou procedimentos hospitalares. Atualmente é considerada uma IACS.

Limpeza – processo mecânico de remoção de sujidade, que inclui a remoção dos microrganismos e da matéria orgânica. É realizada com água e detergente. É adequada para as superfícies do ambiente hospitalar, pois remove a maior parte dos microrganismos, proteínas e outra matéria orgânica. Todas as superfícies limpas devem ser bem secas.

Microrganismo – ser vivo demasiado pequeno para ser visível a olho nu. Termo abrange as bactérias, os fungos, os protozoários, algumas algas e os vírus.

Microrganismo multirresistente – são microrganismos resistentes a duas ou mais classes de antibióticos, ativos em terapêutica habitual.

Período de incubação – Intervalo entre o contato com o microrganismo e o desenvolvimento dos sinais e sintomas de infeção

Portador - indivíduo que está colonizado por um agente patogénico específico, mas não apresenta quaisquer sinais ou sintomas da infeção.

Precauções básicas – medidas preventivas que devem ser aplicadas nos cuidados a todos os doentes das unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou confirmação da presença de agentes infecciosos. São ex.: higienização das mãos, uso do EPI's, manuseamento de equipamento contaminado, medidas de controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais.

Precauções específicas – medidas preventivas que devem ser aplicadas em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidas somente com o uso de precauções básicas. O tipo de medidas a adotar depende da via de transmissão do microrganismo: via aérea, gotículas e ou contacto.

Reservatório de agentes infecciosos – sítio onde o agente infeccioso habitualmente vive, multiplica e que constitui fonte permanente de infeção.

Resíduos hospitalares - são os resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, incluindo as atividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, em seres humanos ou animais, e ainda as atividades de investigação relacionadas.

Resistência – conjunto de mecanismos corporais que servem de defesa contra a invasão ou multiplicação de agentes infecciosos ou contra os efeitos nocivos dos seus produtos tóxicos.

Resistência a antibióticos - mecanismo que certos microrganismos criam e que lhes dá resistência à ação dos antibióticos, inibindo-os, tornando-se insensíveis à sua atuação.

Surto de infeção – Aumento pouco usual ou inesperado de casos de uma determinada infeção adquirida no hospital, ou o aparecimento de casos de uma nova infeção na instituição.

Suspeito – pessoa possivelmente infetada

Susceptível – pessoa ou animal que presumivelmente não possui suficiente resistência contra determinado agente patogênico e que, por essa razão, pode contrair a doença, caso ocorra o contato com esse agente.

Transmissão de agentes infecciosos – qualquer mecanismo que possibilite a transferência do agente etiológico de um hospedeiro a outro ou deste ao meio ambiente e vice-versa, de forma direta ou indireta.

Transmissão por contato direto – transmissão de microrganismos patogênicos após o contato direto entre o doente infectado ou colonizado e o hospedeiro susceptível.

Transmissão por contato indireto – transmissão de microrganismos patogênicos através do contato com o material ou equipamento contaminado (mesa, arrastadeira, urinol, estetoscópio, roupa, mãos ou luvas contaminadas, por exemplo).

Transmissão por gotículas – a transmissão ocorre quando grandes partículas contendo microrganismos (diâmetro > 5 µm) provenientes da pessoa infectada durante a tosse, espirro ou fala, são propagadas a curtas distâncias (menos de 1 m) através do ar, depositando-se nas conjuntivas, mucosa nasal ou boca do hospedeiro. Estas partículas não permanecem suspensas no ar, logo não são necessários cuidados especiais de ventilação do quarto.

Transmissão por via aérea – ocorre por disseminação de pequenas partículas contendo microrganismos (diâmetro <5 µm) que permanecem suspensas no ar durante longos períodos de tempo, ou se movimentam à distância, por correntes de ar, sendo inaladas pelo hospedeiro susceptível. Desta forma são necessários cuidados especiais de ventilação.

Unidade – Sala ou espaço pré-definido no qual o doente permanece durante o internamento ou, no caso de isolamento, local onde permanece até se justificar adoção de medidas de contenção do microrganismo que motiva a necessidade de isolamento

Via de transmissão – ou mecanismo de transmissão - é a maneira como os agentes infecciosos passam da porta de saída do reservatório para o

hospedeiro suscetível. Dos seis elos da cadeia infecciosa é o mais fácil de ser suprimido.

Enquadramento teórico

As infeções nos serviços de saúde são um risco significativo e uma preocupação geral. Embora a proteção do doente seja uma prioridade, não podemos dar menos importância à segurança dos profissionais. “Não é obrigatório que os clientes ou pessoal de saúde contraiam uma infeção ou uma doença cada vez que se expõem a um microrganismo” (ELKIN et al, 2005. p. 49).

A propagação de uma infeção obedece ao modo como os seis elos da cadeia de infeção se interligam: *agente* infeccioso ou patogénico, *reservatório* ou local onde o microrganismo reside, a porta de saída do reservatório, a *forma* ou *via* de transmissão, a porta de entrada e a susceptibilidade do hospedeiro. Para que esta cadeia se quebre e o microrganismo não se transmita, basta quebrar um dos seus elos, sendo alguns deles fáceis de quebrar pelos profissionais de saúde (ex.: via de transmissão e inativação de reservatórios)

De acordo com Martins (2001) as medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar visam quebrar esta cadeia, com o objetivo de evitar a propagação dos organismos infecciosos e suas consequências, que se podem tornar graves a vários níveis (social, económico financeiro, ético-moral, entre outros) quer para o indivíduo que fica infetado (doentes internados, profissionais ou acompanhantes dos doentes), como para a instituição hospitalar. Após a identificação do microrganismo e da via de transmissão, é fundamental que se adotem medidas de proteção específicas para evitar a sua propagação.

A importância das IACS tem vindo a aumentar. A sua frequência crescente e as consequências em termos de mortalidade e morbilidade refletem danos e sofrimento causado ao doente/família, assim como têm impacto na economia do SNS. O Instituto Ricardo Jorge (2002) sublinha que as infeções hospitalares agravam a incapacidade funcional e o stresse emocional do doente e podem conduzir a situações que diminuem a qualidade de vida. As infeções adquiridas em contexto hospitalar são ainda uma das principais causas de morte, envolvem

custos económicos consideráveis, sendo o prolongamento do tempo de internamento o que mais contribui para este flagelo.

Estes indicadores de qualidade dos cuidados constituem-se numa crescente preocupação para a OMS, e concomitantemente dos profissionais de saúde. Neste sentido a OMS através da *World Alliance for Patient Safety*, estabeleceu como objetivo, para 2005/2006, a redução do problema IACS, tendo como fio condutor a mensagem *Clean Care is Safer Care*. (PNCI, 2007). Integrando o desafio da OMS o Ministério da Saúde reformula o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Este compromisso do Ministério da Saúde envolve todos os profissionais e utilizadores dos cuidados de saúde.

As IACS constituem uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. (DGS, 2007)

De acordo com o Manual de Operacionalização do PNCI da DGS (2008) o principal objetivo do programa é diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável, através da identificação e redução dos riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados). O Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI) surge da necessidade de aplicação e operacionalização do PNCI nas unidades de saúde, de acordo com a sua especificidade, nomeadamente, localização geográfica, características da população abrangida, tipo de atividades clínicas e número de profissionais

Moura (2004) alerta-nos para o fato de com a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, surgiram espécies multirresistentes de difícil tratamento, o que torna imprescindível a adesão dos profissionais de saúde às precauções a adotar no contato com o doente, de forma a reduzir a possível propagação do microrganismo.

À medida que os progressos tecnológicos prolongaram a sobrevida dos doentes, a permanência nos hospitais e à medida que melhoraram os meios de diagnóstico e intervenção, os microrganismos tornam-se mais complexos,

modificam-se, tornam-se perpétuos nalguns doentes e isso favorece a ocorrência das IACS. O Relatório da Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) refere que a taxa de prevalência nacional de IACS, aumentou de 8,7% em 2003 para 9,8% em 2009. Um estudo realizado em 28 países europeus e divulgado em Setembro de 2011 pela DGS, detetou uma taxa de 11% de infeções em doentes internados em hospitais portugueses, valor superior à média total europeia de 2,6% (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2012).

O relatório do OPSS de 2011 sublinha que ainda não existe uma análise adequada sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde e, defende que a monitorização dos resultados dos cuidados de saúde, dos processos clínicos, do erro clínico, da segurança nos serviços de saúde, e a segurança no local de trabalho, têm de ser alvo de maior atenção.

Em Portugal, os dados disponíveis sobre as infeções provocadas por MMR demonstram que 30% a 40% são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada, 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade e 20% têm origem desconhecida. (OPSS, 2011)

De acordo com a mesma fonte, o padrão das resistências é influenciado pela importação de microrganismos resistentes em doentes provenientes de outros espaços do hospital, ou pelo exagerado consumo de antimicrobianos fora da própria unidade. Em estudos realizados, o padrão das resistências nas UCI, apresenta níveis muito elevados para *Staphylococcus aureus*, (embora com ligeira redução nos últimos oito anos) e para *Acinetobacter baumannii*, com crescimento dos níveis de resistência nos últimos cinco anos. Em relação às *Pseudomonas aeruginosa* existe uma evolução em sentido inverso para os carbapenemos (com aumento) e quinolonas (em decréscimo). A *Klebsiella pneumoniae* apresenta valores de crescimento das resistências em forte aceleração (duplicou para as cefalosporinas) enquanto para a *Escherichia coli* verificaram um decréscimo acentuado das resistências. Globalmente, o padrão de

resistências é elevado para este grupo de bactérias, com cerca de 60% de multirresistentes. Os estudos indicam que os índices de resistências, revelam um padrão semelhante ao dos países do sul da Europa (Espanha, Itália e França).

Um dos objetivos do PNCI é a colaboração com o Programa Nacional para a Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos para a elaboração de políticas de antibióticos, já que se reconhece que Portugal apresenta taxas elevadas de MMR, nomeadamente de MRSA. A taxa de MRSA é considerada como um indicador da qualidade dos programas de controlo de infeção. Se, por um lado, o seu aparecimento deve-se ao uso inadequado de antibióticos, por outro a sua disseminação (com taxas de cerca de 50% identificadas nos hospitais portugueses) relaciona-se com as deficiências nas práticas de controlo de infeção, nomeadamente no isolamento de doentes e cumprimento das precauções básicas (OPSS, 2011), o que torna crucial a adequação e implementação de boas práticas nos serviços de saúde portugueses.

O sistema de saúde português comporta 6 níveis de cuidados de saúde: prevenção, primários, secundários, terciários, reabilitação e continuados (POTTER e PERRY, 2006). O âmbito do controlo de infeção atua em todos os níveis, e o presente guia pretende ser orientador de boas práticas, evitando a disseminação da infeção e aparecimento de novos casos (prevenção primária), promovendo cuidados que permitam a cura da doença (prevenção secundária) e redução de suas complicações (prevenção terciária), assim como fomenta a educação para a saúde (cuidados de prevenção).

Precauções básicas

De acordo com Bennedetta Allengranzi, Diretora Técnica do programa da OMS *Cuidado limpo é cuidado seguro*, as infeções hospitalares são a principal causa de dano evitável e morte inútil dentro dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, assumindo um valor dez vezes mais elevado nos países em vias de desenvolvimento (SADI, 2011).

As medidas de precaução básicas são as medidas aplicadas nos cuidados a **todos os doentes em todas as unidades de saúde**, independentemente se há suspeita ou confirmação de agentes infecciosos, com o objetivo de prevenir as IACS.

Estas ações pretendem prevenir a transmissão de infeções e proteger os profissionais de saúde e os utentes das instituições de saúde. Devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente do diagnóstico, situação clínica, idade ou ideologias.

De acordo com a Agencia para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde, referida por SADI (2011), a implementação de recomendações para a prevenção das IACS pode reduzi-las em cerca de 70% e, inclusivamente, eliminar alguns tipos de infeções.

As mãos dos profissionais de saúde são consideradas o principal meio de transmissão de infeção, uma adequada lavagem das mãos reduz significativamente os microrganismos patogénicos nas mãos e, com isso, a sua transmissão e consequente morbilidade e mortalidade associadas as infeções (SALISBURY et al, 1997). De acordo com a diversa bibliografia consultada a correta higienização das mãos constitui-se como a principal precaução no combate à disseminação das infeções.

As medidas de precaução básica consistem na:

- ✓ **Higienização das mãos:**

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos (DGS, Circular normativa, n.º 13/DQS/DSD. Junho, 2012).

Deste modo, a higienização das mãos é considerada a medida mais eficaz na prevenção das IACS, podendo ser realizada de 2 modos:

- Lavagem higiénica das mãos com água e sabão líquido – consultar anexo A1 (Circular normativa DGS n.º 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde)
- Lavagem antisséptica das mãos com SABA - consultar anexo A1 (Circular normativa DGS n.º 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde)

Existem 5 momentos fulcrais para a higienização das mãos- consultar anexo A1 (Circular normativa DGS n.º 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde)

O único microrganismo em que não é eficaz a utilização do SABA é o Clostridium difficile, nestes casos recomenda-se a utilização de uma solução desinfetante de base aquosa.

✓ **Utilização dos Equipamentos de proteção individual** – é uma medida de extrema importância no controlo das infeções. A sua utilização adequada e ponderada são a base do seu sucesso. Para uma melhor compreensão, consultar no anexo VII (CIF. 06, Anexo I e IV) e apêndice BIII, que contem o powerpoint da sessão de formação realizada em serviço.

✓ **Controlo do ambiente:**

O controlo ambiental em meio hospitalar é uma peça fundamental no puzzle do controle de infeção. Sem a união de todas as peças não se consegue o sucesso para a prevenção das IACS. Para tal é fundamental atender à limpeza correta das unidades e realizar uma correta e adequada triagem de resíduos. Para melhor compreensão destes fatores deverão ser consultados:

- Limpeza -consultar os anexos: A III (Manual de limpeza de superfícies), A IV (Procedimento para limpeza de áreas infetadas ou de isolamento), A IX (Procedimento “material de limpeza”)
- Triagem de resíduos – consultar anexo A XI (Procedimento de eliminação de resíduos em segurança)

Precauções específicas

Entendem-se por precauções específicas as medidas de prevenção usadas com os doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de precauções básicas. Dependem basicamente das vias de transmissão do microrganismo identificado no doente: por contato, gotículas ou via aérea. Têm como objetivo orientar os profissionais na prestação segura dos cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, vias de transmissão e patologias.

A utilização indiscriminada, por vezes abusiva e/ou inadequada da utilização de antibióticos, originou o aparecimento de microrganismos multirresistentes, um dos problemas atuais no controlo de infeção. Assim sendo o aumento dos episódios de infeção por microrganismos multirresistente (MRSA, VRE, entre outros) constitui-se como um novo e difícil desafio para o controle das infeções (SADI, 2011). O isolamento precoce de pacientes, possivelmente colonizados por microrganismos multirresistentes, pode minimizar sua disseminação, reduzindo os casos de infeção hospitalar e, conseqüentemente, os custos associados.

A infeção por MRSA é, desde 1980, a principal infeção adquirida no hospital, tendo como principal meio de transmissão as mãos dos profissionais que se encontram contaminadas (HUGHES et al, 2008)

As precauções específicas a adotar perante a identificação de microrganismos capazes de transmitir infeção, são abordadas nas fichas técnicas. Optou-se por neste guia fazer referência às vias de transmissão por contato e gotículas, uma vez que na UCIM e serviço de Medicina Interna não comportam internamentos de doentes com microrganismos passíveis de transmitir infeção por via aérea.

Ficha técnica: Isolamento de contato

Isolamento de microrganismos transmitidos por CONTATO

Isolamento de utentes portadores de microrganismos que se transmitem através do contato físico direto entre o doente infetado ou colonizado e o hospedeiro susceptível ou, através do contato do hospedeiro com material ou equipamento.

Tipo de microrganismos:

- Bactérias multirresistente:
 - *Staphylococcus aureus* metilino-resistente: MRSA
 - *Enterococcus* resistentes à vancomicina: VRE
 - *Acinetobacter* multirresistente
 - *Pseudomonas* multirresistentes
 - *Clostridium difficile*
- *Echerichia coli*,
- *Sarcoptes scabiei*
- *Herpes zoster* disseminado
- *Parainfluenza* vírus

Recomendações:

- ✓ Colocar o doente em **isolamento geográfico**: preferencialmente em quarto individual, se não for possível poderá ser colocado em isolamento setorial.

Se existirem vários doentes com o mesmo microrganismo identificado, poderão ser colocados em coorte.

✓ A porta do quarto pode permanecer aberta

✓ **Unidade do utente:**

- Sempre que possível, equipar a unidade com materiais individualizados (contentor de cortantes e perfurantes, termómetro, máquina de avaliação de glicémia, esfigmomanómetro, estetoscópio, cadeirão, mesa de cabeceira ...)
- Não levar para a unidade material que não seja necessário, de forma a evitar gastos desnecessários e aumentar o risco de contaminação indireta
- A **limpeza diária** após os cuidados de higiene, de acordo com as regras do serviço em vigor
- O chão deverá ser lavado diariamente, ou sempre que se justifique, com água e detergente
- **Identificação da unidade:** Colocar à entrada da unidade, em local facilmente visível o dístico:



- Disponibilizar os EPI
- Colocar na unidade contentor de resíduos do grupo III e grupo IV (se estritamente necessário)

✓ **Higienização das mãos** antes de entrar e sair da unidade

✓ **Equipamentos de proteção individual:**

- Usar luvas, colocar bata ou avental sempre que contactar fisicamente com o doente, superfícies ou material presente na unidade

- Utilizar máscara com proteção ocular, sempre que se realizem procedimentos invasivos ao utente, ou haja risco de projeção dos microrganismos
- O uso de touca deverá ser ponderado sempre que possa existir contato direto do utente com o cabelo do profissional.

✓ **Cuidados de higiene e conforto:**

- Deverão ser efetuados com água, sabão e champô
- Em casos de infeção por MRSA deverão ser seguidas as indicações específicas da CCI (CIF. 08)
- A roupa do doente e da cama deverá ser colocada em saco vermelho transparente, que deve ser devidamente encerrado antes de sair da unidade do doente e imediatamente colocado no carro de roupa suja

✓ **Triagem de resíduos**

- Os resíduos deverão ser colocados em contentor de grupo III (saco branco), ou grupo IV (saco vermelho - se estritamente necessário)
- Se não estiver identificado microrganismo multirresistente na urina, o saco deve ser despejado. Para tal na unidade do doente deve ficar um contentor coletor de urina para uso exclusivo naquela unidade. Após a sua utilização deverá ser descontaminado na máquina própria existente no serviço. O saco coletor de urina, deve ser colocado despejado em contentor de resíduos grupo III (saco branco)
- Os dejetos fecais sem microrganismo multirresistente identificado, deverão ser desperdiçados na sanita do WC. Se existirem sacos de arrastadeira disponíveis no serviço, poderá ficar 1 arrastadeira na unidade do doente, e em cada utilização colocado um saco, que será desperdiçado posteriormente na sanita ou contentor de resíduos tipo I/II (saco preto). Em caso dos dejetos se encontrarem contaminados, estes deverão ser colocados em contentor do grupo

III (branco). Após a utilização a arrastadeira deverá ser submetida a descontaminação em máquina própria

- Livros, revistas, jornais após leitura pelo utente, ou contato com unidade do doente, deverão ser colocados em contentor grupo III (saco branco)
- Os sacos de resíduos devem ser devidamente encerrados antes de sair da unidade do utente.



e/ou



Contentor grupo III Contentor grupo IV

- A recolha de resíduos é efetuada 2 vezes por dia, 1 no turno da manhã e outra no turno da tarde pela empresa de limpeza.

✓ **Transporte do utente:**

- O enfermeiro deve informar previamente o serviço para onde o doente se desloca, para que o serviço possa implementar atempadamente as devidas medidas de segurança. Em caso de realização de exames complementares de diagnóstico, combinar com os profissionais do serviço qual a melhor hora para levar o doente
- Limitar a saída do doente da unidade ao estritamente necessário
- Preferencialmente o acompanhamento deverá ser feito por duas pessoas
- O profissional que leva a cama ou cadeira de rodas deverá ter luvas e ponderar a colocação de avental
- Definir o profissional que chama o elevador, abre as portas, leva o processo do doente,

- Se possível, o doente deverá ser transportado em cadeira de rodas
- Cama, maca ou cadeira visivelmente limpas (estrutura e roupa)
- Os pertences do doente devem ser colocados num saco, durante o transporte
- Os materiais que foram utilizados para o transporte, deverão ser descontaminados, logo que não sejam necessários, para aquele doente.
- No final do transporte, e sempre que se justifique, é imprescindível a higienização das mãos.

✓ **Visitas:**

- Instruir as visitas do utente sobre a necessidade de isolamento e precauções a adotar:
 - Higienização das mãos antes e apos sair da unidade
 - Utilização dos EP Is
 - Explicar os cuidados a ter com a proximidade do utente
 - Não é permitida a partilha de objetos que entrem em contato com o doente, superfícies ou equipamentos contaminados
 - Importância de não se sentar na cama ou cadeirão do utente (caso este utilize o cadeirão)
 - Importância de deixar objetos pessoais fora da unidade (ex.: mala, telemóvel, sacos.)
- Limitar a 2 visitas por cada período e evitar a entrada e saída da unidade repetidamente
- Verificar o cumprimento das indicações fornecidas

✓ **Cuidados pós-morte:**

- Após morte deverão ser cumpridos os devidos cuidados pós-morte, e colocar uma segunda etiqueta com identificação de doença transmissível. Para mais informações consultar CIF. 018

✓ **Após a alta** do utente (consultar CIF. 06)

- Deverá retirar-se da unidade todo o equipamento passível de descontaminação (com água + detergente, seguida de desinfetante), todo o material que não for passível de descontaminar deverá ser rejeitado em contentor de resíduos Grupo III ou IV.
- A unidade deverá ser cuidadosamente descontaminada pelas profissionais da empresa de limpeza contratada.
- Os cortinados deverão ser enviados para a lavandaria do CHS, devidamente identificados, para lavagem e descontaminação.
- A reocupação do espaço só deverá acontecer após terem sido cumpridos todos os pontos anteriores, e a unidade limpa e seca.

Ficha técnica: Isolamento gotículas

Isolamento de microrganismos transmitidos por GOTÍCULAS

Isolamento de utentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensões $>5\mu\text{m}$) que podem ser expelidas pelo utente a curta distância ($<1\text{m}$) durante a tosse, o espirro, a fala ou procedimentos de risco geradores de aerossóis como aspiração de secreções, broncoscopia e cinesiterapia respiratória.

Tipo de microrganismos:

- *Mycoplasma* (Pneumonia)
- *Haemophilus influenzae* (Meningite, Pneumonia, Epiglotite ou Sepsis)
- *Meningococcus* (Meningite, Pneumonia ou Sepsis);
- *Adenovirus* e *Parvovirus B19*;
- Parotidite, Rubéola
- Tosse convulsa; Difteria faríngea;
- Doença estreptocócica em crianças (escarlatina, faringite, pneumonia)

Recomendações:

- ✓ Colocar o doente em **isolamento geográfico**: preferencialmente em quarto individual, se não for possível poderá ser colocado em isolamento setorial. Se existirem vários doentes com o mesmo microrganismo identificado, poderão ser colocados em coorte.
- ✓ A porta do quarto pode permanecer aberta
- ✓ **Unidade do utente:**
 - sempre que possível, equipar a unidade com materiais individualizados (contentor de cortantes e perfurantes, termómetro, máquina de avaliação de glicémia, esfigmomanómetro, estetoscópio, cadeirão, mesa de cabeceira ...)
 - Não levar para a unidade material que não seja necessário, de forma a evitar gastos desnecessários e aumentar o risco de contaminação indireta
 - A **limpeza diária** apos os cuidados de higiene, de acordo com as regras do serviço em vigor
 - O chão deverá ser lavado diariamente, ou sempre que se justifique, com água e detergente
 - **Identificação da unidade:** Colocar à entrada da unidade, em local facilmente visível o dístico identificativa das precauções específicas:



- Disponibilizar EPIs necessários
- Colocar na unidade contentor de resíduos do grupo III e grupo IV (se estritamente necessário)

- ✓ **Higienização das mãos sempre** antes de entrar e sair da unidade
- ✓ **Equipamentos de proteção individual:**
 - Sempre que contatar a menos de 1 metro com o doente deverá usar luvas, colocar bata, máscara fluido resistente com proteção ocular, superfícies ou material presente na unidade
 - O uso de touca deverá ser ponderado sempre que possa existir perigo de contaminação do cabelo do profissional ou visita.
- ✓ **Cuidados de higiene e conforto:**
 - Deverão ser efetuados com água, sabão e champô
 - A roupa do doente e da cama deverá ser colocada em saco vermelho transparente, que deve ser devidamente encerrado antes de sair da unidade do doente e imediatamente colocado no carro de roupa suja
- ✓ **Triagem de resíduos**
 - Os resíduos deverão ser colocados em contentor de grupo III (saco branco), ou grupo IV (saco vermelho), de acordo com as características dos resíduos
 - Se não estiver identificado microrganismo multirresistente na urina, o saco deve ser despejado. Para tal na unidade do doente deve ficar um contentor coletor de urina para uso exclusivo naquela unidade. Após a sua utilização deverá ser descontaminado na máquina própria existente no serviço. O saco coletor de urina, deve ser colocado despejado em contentor do grupo III (saco branco)
 - Após utilização da arrastadeira, os dejetos deverão ser eliminados na sanita e a arrastadeira deverá ser descontaminada corretamente
 - Livros, revistas, jornais após leitura pelo utente, ou contato com unidade do doente, deverão ser colocados em contentor grupo III (saco branco)
 - Os sacos de resíduos devem ser devidamente encerrados antes de sair da unidade do utente



Contentor grupo III

e/ou



Contentor grupo IV

✓ **Transporte do utente:**

- O enfermeiro deve informar previamente o serviço para onde o doente se desloca, para implementação de condições de segurança. Em caso de realização de exames complementares de diagnóstico, combinar com os profissionais do serviço qual a melhor hora para levar o utente
- Antes de sair da unidade deverá ser corretamente colocada no doente uma máscara cirúrgica, para impedir a projeção de partículas. Se estiver a realizar aporte de O₂ e, se a sua situação de saúde o permitir, deverão ser colocados óculos nasais ou cateter nasal durante o transporte, para uma melhor adaptação da máscara à face
- Explicar ao doente a necessidade da utilização da máscara e a importância de não a retirar, durante o transporte e em momento algum.
- Limitar a saída do doente da unidade ao estritamente necessário
- Preferencialmente o acompanhamento deverá ser feito por duas pessoas
- O profissional que leva a cama ou cadeira de rodas deverá ter luvas e ponderar a utilização de avental
- O profissional que acompanha o doente não deve utilizar proteção respiratória, uma vez que esta não se justifica
- Definir o profissional que chama o elevador, abre as portas ...
- Se possível, o doente deverá ser transportado em cadeira de rodas
- Cama, maca ou cadeira visivelmente limpas (estrutura e roupa)

- Os pertences do doente devem ser colocados num saco, durante o transporte
- Os materiais que foram utilizados para o transporte, deverão ser descontaminados, logo que não sejam necessários, para aquele doente
- No final do transporte é imprescindível a higienização das mãos.

✓ **Visitas:**

- Instruir as visitas do utente sobre a necessidade de isolamento e precauções a adotar:
 - Higienização das mãos antes e apos sair da unidade
 - Utilização dos EPIs (reforçar importância de colocação da mascara)
 - Explicar os cuidados a ter com a proximidade do utente (ex.: evitar aproximar-se a menos de 1 metro do utente)
 - Não é permitida a partilha de objetos que entrem em contato com o doente, superfícies ou equipamentos contaminados
 - Importância de não se sentar na cama ou cadeirão do utente (caso este utilize o cadeirão)
 - Importância de deixar objetos pessoais fora da unidade (ex.: mala, telemóvel, sacos.)
- Limitar a 2 visitas por cada período e evitar a entrada e saída da unidade repetidamente
- Verificar o cumprimento das indicações fornecidas

✓ **Cuidados pós-morte:**

- Após morte deverão ser cumpridos os devidos cuidados pós-morte, e colocar uma segunda etiqueta com identificação de doença transmissível. Para mais informações consultar CIF. 18.

✓ **Após a alta** do utente:

- Deverá retirar-se da unidade todo o equipamento passível de descontaminação (com água + detergente, seguida de desinfetante), todo o material que não for passível de descontaminar deverá ser rejeitado em contentor de resíduos Grupo III ou IV.
 - A unidade deverá ser cuidadosamente descontaminada pelas profissionais da empresa de limpeza contratada. Dando especial atenção aos locais que manipulados com maior frequência (grades e comandos da cama, campainha, manípulos, entre outros.)
 - A reocupação do espaço só deverá acontecer após terem sido cumpridos todos os pontos anteriores, e a unidade limpa e seca.
-
- ✓ **Após a alta** do utente (consultar CIF. 06)
 - Os cortinados deverão ser enviados para a lavandaria do CHS, devidamente identificados, para lavagem e descontaminação.

Informação para as visitas

A família, ou pessoas significativas, são uma parte integrante e fundamental no planeamento dos cuidados do doente que cuidamos. A necessidade de integrar quem é importante para o doente, torna-se fundamental quando estamos perante um caso de doente em isolamento, em que existem cuidados especiais a cumprir fundamentais de forma a minimizar a transmissão da infeção. Neste sentido, os elementos dinamizadores da CCI do Serviço de medicina interna do CHS elaboraram um folheto (anexo A XI), que deverá ser fornecido a quem visita o doente em isolamento, como complemento das informações indicadas nas fichas técnicas relativas às visitas

Notas finais

O presente guia surgiu de uma necessidade identificada em contexto de estágio de mestrado profissionalizante da Enfermeira Isabel Reis Cordeiro, mas que pretende ser um guia orientador de boas praticas para a segurança do doente internado e em isolamento, assim como, para os profissionais que trabalham na UCIM e Serviço de medicina interna.

Não pretende ser um guia terminado com a finalização do estágio, mas um trabalho em constante aperfeiçoamento e adequação, de forma a conseguir manter-se o seu objetivo, pelo que será um documento em constante adequação.

Bibliografia

BOLICK, Dianna, *et al.* – Segurança e Controle de Infecção – Tradução de Carlos Henrique Cosendey, revisão técnica Maria Isabel Sampaio Carmagnani. – s.e. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN: 85-87148-40-0

BOLLANDER, Verolyn Rae. – Sorensen e Luckamann Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica. 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5

DICIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA. Edições: Porto Editora. 2006. ISBN-10: 972-0-012220-X

ELKIN, Martha Keene, *et al.* – Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2ª edição. Loures: Lusociência. 2005. ISBN: 972- 8383-96-7

MARTINS, Maria Aparecida. - Manual de Controlo de Infecção Hospitalar – Epidemiologia. Prevenção. Controle. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, Ltda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Grifftin. - Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. 5ª edição. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN: 978-8930-24-0

THELAN, Lynne A., *et al.* – Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e intervenção. 2ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1996. ISBN: 972-96610-2-2

WILSON, Jennie. – Controle de Infecção na Prática Clínica. 2ª edição. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-57-6

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [em linha]. Lisboa. Março de 2007. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CC/Programa Nacional Controlo Infeccao.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa nº 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. [em linha]. Lisboa. Junho de 2010. [consult. a 15-04-2012]. Disponível em <http://www.anci.pt/sites/default/files/i013077.pdf>

HUGHES, CM, *et al.*- Infection control strategies for preventing the transmission of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people (Review)- The Cochrane Collaboration. [em linha]. WILEY. Janeiro 2008. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em: <http://www.cfah.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=531>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. Prevenção de infeções Adquiridas no hospital – um guia prático. [em linha]. 2ª. Edição. Lisboa. 2002. [consult. a 01-03-2012]. Disponível em http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf

MINISTÉRIO PÚBLICO PORTUGUÊS- Ministro exige aos hospitais e centros de saúde apoio às comissões de controlo de infeção – Detalhe de notícia. [em linha]. Janeiro 2012. [consult. a 20-06-2012]. Disponível em: <http://m.publico.pt/Detail/1531019>

MOURA, Josely Pinto. – A adesão dos profissionais de enfermagem a precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes. Tese de Mestrado. [em linha]. Ribeirão Preto: 2004. [consult. A 25-03-2012]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../mestrado.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2011 – da depressão da crise para a governação prospetiva para a saúde. [em linha]. 2011. [consult. a 25-05-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_O_PSS_1.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2012 – crise & saúde um país em sofrimento. Versão provisória. [em linha]. 2012. [consult. a 25-05-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_O_PSS_2.pdf

SADI. Sociedad Argentina de Infectologia. La multiresistencia: un problema a abordar en forma interdisciplinaria e interinstitucional. [em linha]. Mar del Plata, Maio 2011. [consult. a 20-05-2012]. Disponível em: <http://www.sadi.org.ar/files/DOCUMENTO%20FINAL%20Taller%20INE-SADI%202011.pdf>

SALISBURY, Diana M. *et al.* – The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. [em linha]. 1997. [consult. a 20-05-2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9057940>

Apêndice XI – Questionário avaliação do guia pratico



Com o objetivo de avaliar o guia: Cuidados a ter com os microrganismos transmissores de infeção, realizado em contexto de estágio de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, agradeço que, após consulta do guia preencha o seguinte quadro de avaliação.

	Insuf.	Sufic.	Bom	M.Bom	Excelente
Pertinência do guia					
Utilidade do guia					
Conteúdos abordados					
Adequação dos termos					
Organização do guia					
Propostas de alteração:					

Obrigada pela colaboração ☺

Atenciosamente:

Isabel Reis Cordeiro

Apêndice XII –

**Trabalho de grupo do módulo questões
éticas emergentes em cuidados complexos**

Trabalho de Grupo:

Discentes: Celso Ribeiro, Isabel Cordeiro, Jorge Silva, Marta Pias. Sara Antunes

Docente: Prof^a. Dra. Lucilia Nunes

Decisão Ética: Reanimar ou não Reanimar

Homem de 35 anos com Acidente Vascular Cerebral isquémico há 3 anos. Apresenta vários défices cognitivos e motores. Dependente em elevado grau em diversas actividades de vida como a alimentação, eliminação, mobilização entre outras. Derivado dos seus diversos défices não consegue expressar a sua vontade. É habitualmente acompanhado pela esposa e pelos pais, que não dão orientações quanto à sua vontade, tem uma filha com 5 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória e vomito, fica internado por pneumonia secundária a aspiração de alimentos. Não existe um representante legal eleito, para o utente. Durante o turno da noite, faz paragem respiratória e a equipa tem que decidir se inicia manobras de reanimação.

Enquadramento

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde, é a cura da doença, no entanto quando esta não é possível e a morte se aproxima, o hospital está pouco preparado para cuidar da pessoa e da família em fim de vida. A incurabilidade é considerada pela medicina, como um fracasso.

Os avanços alcançados nas últimas décadas nos domínios da biomedicina e da tecnologia nos cuidados de saúde, permitiram que o curso do termo da vida se modificasse, a natureza deixou de constituir o único árbitro entre o viver e o morrer (Archer, 2001).

As pessoas morrem, nos dias de hoje, maioritariamente no hospital, (em Portugal cerca de 80,0% dos óbitos ocorrem nos hospitais). Este local é frio e altamente tecnicista, afastando a pessoa do contacto com os familiares e amigos (Serrão, 1998).

Enquadramento legal

Diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo n.º 5 que “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) diz no seu artigo n.º 12 n.º1 que “Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição”.

O artigo n.º 24 n.º1 da Constituição da República Portuguesa refere que “a vida humana é inviolável”. No artigo n.º 25º n.º 1, podemos ler que a “integridade moral e física das pessoas é inviolável.” e no n.º 2 que “ninguém pode ser submetido a tortura, nem a trato ou penas cruéis, degradantes ou desumanos”.

No que respeita a proteção da saúde, o artigo 64º da CRP afirma que “Todos têm direito à protecção da saúde (...)”.

Na Lei de Bases da Saúde, **Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, base V, n.º 2**, podemos ler que “Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.”

A base XIV, alínea c), da lei suprarreferida diz que todos os cidadãos têm direito a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito”.

Estamos perante uma situação, onde a prestação de cuidados não pode ser colocada em causa, tal como é indicada, quer pela CRP e por outra legislação estruturante, caso da Lei de Bases da Saúde, pela qual os profissionais deverão garantir a não existência de tratamento cruel, degradante ou desumano. Estamos pois perante um dilema onde apesar da pessoa ter o direito de ser tratada esse tratamento deverá ser digno, respeitando a dignidade da pessoa, o seu estado de saúde atual e prognóstico de vida .

O n.º 1 do artigo 150º do Código Penal Português que fala sobre as intervenções e tratamento médico-cirúrgicos no n.º1, diz que “As intervenções e

os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leyes artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.”

Por sua vez o artigo 156º fala sobre as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários podemos ler no n.º1 “As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”. No entanto o n.º2 do mesmo artigo verificámos que “O facto não é punível quando o consentimento:

a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou

b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado”.

Numa primeira fase a questão que se coloca no caso em estudo, está diretamente relacionada com a possibilidade de saber se os profissionais são conhecedores ou não da vontade do utente em concreto. Sabemos que ele não expressou a sua vontade quanto ao tipo de tratamento numa situação limite, como a que se apresenta. Sem mais informações, as intervenções poderiam ser suportadas pelos artigos 39º do Código Penal sobre o consentimento presumido, onde se pode ler no nº 1 que “Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.”, e no número 2 “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.” Também no mesmo sentido aponta o artigo n.º 340 do código civil, sobre o consentimento do lesado onde no seu número 1º se pode ler que “O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão”, e no n.º 2 “tem-se por

consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível”.

Temos então que apesar da pessoa não poder expressar a vontade, esta pode ser presumida e justificar as intervenções efetuadas àquela pessoa, ou seja, a realização das manobras de reanimação não se colocam em causa.

Na legislação específica dos enfermeiros, o código deontológico, incluso na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, aponta no seu artigo n.º 78º, n.º 1, para que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

É necessário aceitar a finitude do Ser Humano tendo consciência que quando não é possível curar, então o mais importante é não causar maior sofrimento (Pacheco, 2004).

Surge a **obstinação terapêutica**, considerada como a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem efeito comprovado para uma evolução positiva e melhoria dos utentes, em termos de sobrevida ou de qualidade de vida. Neste sentido, é necessário avaliar o utente e toda a situação envolvente, para tomar uma decisão de recusa de um cumprimento de lei ou ordem, quando esta vai contra aos nossos valores éticos, morais, convicções e/ou crenças (Pacheco, 2004).

Abordando o tema da obstinação terapêutica estamos em simultâneo a abordar o tema da **distância**, que conduz ao prolongamento do processo de morrer. Eticamente esta atuação é condenável por ser considerada má prática profissional. Vai contra o princípio da beneficência e não-maleficência, pois causa maior prejuízo ao utente do que benefício. Não atua de acordo com o princípio da justiça, porque ao prolongar o processo de morrer e sofrimento, usa-se meios técnicos e humanos que poderiam ser usados noutro utente que deles necessitasse (Pacheco, 2004).

Respeito pela autonomia

Relacionada com a auto-determinação em tomar uma decisão acerca de si próprio e da actuação do outro em si.

Os vários autores da ética definem a autonomia como a capacidade de se ser autor da sua própria Lei, ou seja, segundo Queirós (2001), a autonomia consiste na capacidade de auto-legislação e na capacidade de decisão sem demissão dos condicionalismos extrínsecos.

Para Cabral expresso por ARCHER (1996), o princípio da Autonomia significa independência, ausência de imposições ou coações, limitações ou incapacidades que condicionem a Liberdade de Decisão.

O respeito pela autonomia, é o respeito do direito individual da pessoa, em relação as suas decisões, baseadas nos seus valores e crenças. Este respeito pela autonomia deve ser observado de acordo com o utente, mas em simultâneo do profissional de saúde, que pode expressar igualmente o seu direito à autodeterminação através da objecção de consciência. Neste sentido é fundamental no ato de cuidar que haja uma aliança mútua, essencial à relação terapêutica entre o profissional e o utente (Firmino, 2004).

O Consentimento

O consentimento pressupõe um ato de decisão voluntária, realizado pela pessoa humana capaz de deliberar após o esclarecimento através do fornecimento da informação e a compreensão da mesma.

O consentimento deve ter por base o respeito pelo princípio da autonomia e da liberdade de consentir, na ausência de coação física, psicológica, moral ou outras formas de manipulação.

Cabe ao profissional de saúde procurar a melhor forma para comunicar com o cliente, de forma a capacitá-lo para a tomada de decisão através do consentimento ou do dissentimento. A melhor forma para comunicar implica a utilização de linguagem simples e esclarecedora, as decisões tomadas perante informação falsa, incompleta ou perante comprometimento da compreensão, não podem ser consideradas decisões autónomas. (Queirós, 2001)

De acordo com o Conselho jurisdicional da ordem dos enfermeiros (2005), a prestação de qualquer cuidado de saúde só deve ser realizada quando a pessoa o permite através do seu consentimento livre esclarecido.

O consentimento implica as seguintes condições:

“1) O consentimento deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coação externa ”(OE, p.212)

Cabe ao profissional de Saúde avaliar a existência de factores extrínsecos e intrínsecos que possam prejudicar a decisão.

“2) Deve ser baseada em informação correcta e que o utente compreenda.”(OE, p.212)

É a informação fornecida pelo profissional da saúde que permite que a pessoa decida, por esse motivo a informação deve ser transmitida quando está criada uma relação de confiança, capaz de ultrapassar as barreiras culturais ou linguísticas. A validação da informação transmitida é fulcral para garantir que a informação foi corretamente compreendida, logo a tomada de decisão ocorre de forma esclarecida.

“3) O consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo”.
(OE, p.212)

Entende-se por pessoa competente para tomar decisões, o adulto com mais de 18 anos que não esteja interdito.

No caso do utente se encontrar em estado de incapacidade mental para consentir ou não um determinado procedimento, existem duas formas de conhecer a sua opinião do passado, através de um testamento vital ou por um representante legal. Aqui é fundamental a veracidade, outro aspecto relacionado com o respeito à pessoa e/ ou família, é essencial uma comunicação verdadeira e autentica. Temos que estar preparados que por vezes a verdade poderá trazer mais malefícios do que benefícios ao nível da estrutura psicológica, no entanto a pessoa ou família tem o direito de saber toda a verdade, para que a decisão seja assumida com dignidade (Firmino, 2004). Quando não é possível obter consentimento da pessoa ou do seu representante legal cabe ao profissional agir tendo em conta o melhor interesse do cliente respeitando os princípios de Beneficência e de não Maleficência. (Nunes, 2005)

A decisão de ONR deve ser tomada em conjunto (profissional de saúde/utente e/ou família), analisando os benefícios e malefícios, se a pessoa

não for capaz de exprimir a sua opinião, então o profissional de saúde deve tentar saber as suas vontades e, dentro dos conhecimentos científicos e da ética, respeitá-la.

Princípio da beneficência

O princípio da beneficência define-se como: Fazer o bem ao outro. O profissional de saúde deve atuar da melhor forma para o bem do utente, a encontrar o que representa um benefício. Ou seja o enfermeiro age segundo o interesse do utente, não esquecendo que existem valores e princípios a respeitar e que compete ao próprio, se for capaz, de estabelecer e clarificar.

Em conjunto com o princípio da não-maleficência guiam a actuação dos enfermeiros no que toca ao cuidar da pessoa humana (Martins, 2004).

Princípio da não-maleficência

O princípio da não maleficência surge de mãos dadas com o princípio da Beneficência e na maioria dos casos devem ser ponderados em simultâneo.

O Princípio da não maleficência tem por base, o não fazer mal ao outro. Sendo que este mal é na Bioética entendido como dano físico ou mal corporal – dores, doença e até morte. Causar o mal a outro, não é de todo lícito, contudo existem situações em que a situação ilícita se pode tornar lícita havendo uma razão que o justifica. A problemática surge na avaliação das razões dos males que se podem causar a terceiros e na dicotomia entre “males” e “males menores”.

Não é só fazer o bem, é também evitar o mal. O profissional de saúde ao cuidar, não lhe deve causar mal, ou seja, não deve submeter aos utentes um sofrimento desproporcionado que conduz a poucos ou nenhuns benefícios (Martins, 2004).

Princípio da justiça

O direito à saúde, é dado como um aspecto fundamental dos direitos Humanos (CNECV mencionado em Dias, 2004). Também mencionada na *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, assim como na Constituição da

República Portuguesa, no ponto 1 do artº 64, que nos dá o direito à protecção da saúde e o dever de a promover e defender (Dias, 2004).

O acesso equitativo aos cuidados de saúde, que são escassos, o uso ponderado de todos os princípios desencadeia o bom uso deste princípio, uma vez que estão interligados na actuação da população em geral, beneficiando a pessoa em particular (Antunes, 1998). Assim nenhuma pessoa, no exercício da liberdade ética individual, pode ser excluída do sistema básico de saúde por escassez de recursos financeiros (Dias, 2004).

Na bioética o Princípio da Justiça concentra-se nas exigências da justiça distributiva, dando origem a problemas e decisões de difícil resolução. (Queirós, 2001)

Na conjuntura atual, com as limitações orçamentais na área da saúde este princípio carece cada vez mais de apreciação e ponderação, quando mais que nunca se sabe que será impossível dar tudo a todos, o que se pondera é que cuidados se devem prestar e a quem?

REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA (RCR)

O uso indiscriminado da RCR em todos os doentes que sofrem paragem respiratória e/ou cardíaca conduz a um novo dilema ético, a distanásia.

“A distanásia (do grego “dis”, mal, algo mal feito, e “thánatos”, morte) [...] consiste em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios [...], ainda que não haja esperança de cura, e ainda que isso signifique infligir à pessoa sofrimentos adicionais e que, obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte, mas apenas atrasá-la umas horas ou uns dias em condições deploráveis para o enfermo.”

Reanimação aplicada a alguns doentes não traz benefícios, mas sim um arrastar do processo de morrer com maior sofrimento, pois “...durante o período de paragem cardiocirculatória se instalaram lesões cerebrais, por isquemia ou

hipoxia, de importância variável, mas são estas lesões que vão ditar, o futuro do doente” (Faria, 1996, p. 369).

As ONR são prescrições médicas que indicam que não se deve efectuar reanimação a um doente que sofra uma paragem cardíaca ou respiratória. São usadas e eticamente legítimas, quando a reanimação não pode mudar o rumo de uma doença terminal ou irreversível, prevenindo assim sofrimento desnecessário (França *et al*, 2010).

Quando se toma a decisão ONR

As instruções de não reanimar numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias:

1. Quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca;
2. Quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada;
3. Quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal que não é seguramente aceite pelo doente
4. Devem ser diariamente renovadas, documentadas e justificadas.

(Santos mencionado em França *et al*, 2010)

Tomada de decisão é baseada em dados científicos que demonstrem o estado irreversível de uma doença.

A idade do doente

A morte pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, no entanto é inesperada nos jovens e previsível e natural nas pessoas idosas (Pacheco, 2004). No entanto, se for jovem existe uma maior vigilância, pelos valores da nossa

sociedade atual, onde se valoriza a beleza, a juventude, a força, naturalmente presente nos jovens (Frias, 2003).

A morte presente em jovens, ou adultos jovens, desencadeia nos profissionais de saúde sentimentos de injustiça, fracasso e tristeza ou cólera. Motivo pelo qual, as decisões de ONR podem ser influenciadas pela idade do doente. Quanto mais jovem maior parece haver dificuldade em tomar a decisão de ONR. No entanto, só têm valor quando baseadas em dados científicos concretos acompanhados da avaliação ética de cada situação específica, pois caso contrário correríamos o risco destas serem aplicadas anarquicamente, desrespeitando a dignidade do doente e em simultâneo dos profissionais de saúde que dele cuidam. Esta decisão deve então ser tomada mediante a situação clínica do doente, mas também perante o prognóstico da sua doença (França *et al*, 2010).

A decisão de não reanimar, deve ser tomada pelo médico assistente com a colaboração da equipa médica, equipa de enfermagem, o doente e sua família. A propósito, Araújo e Araújo defendem que a “decisão de não reanimar caberá sempre a um médico qualificado pela carreira médica e pelos seus conhecimentos sobre o doente crítico após análise e discussão com outros membros” (França *et al* citando Araújo e Araújo, 2010, p. 471)

A família pode mencionar-se à acerca dos desejos do doente, caso este se encontre inconsciente. Outro aspecto, são os enfermeiros que devem participar na tomada de decisão ONR, porque conheceram as vontades e desejos dos doentes, uma vez que passam 24 horas do dia, junto do doente, neste sentido, devem eticamente ser ouvidos, na tomada de decisão (França *et al*, 2010).

Algoritmo de decisão ética

Reanimar ou não reanimar:

- Homem de 35 anos com sequelas de AVC há 3 anos, com défices cognitivos e motores
 - Totalmente dependente nas atividades de vida diárias
 - Internado com diagnóstico de pneumonia de aspiração
 - No turno da noite entra em paragem respiratória
 - Não é conhecida a vontade do cliente

Lei de bases da saúde

Base XIV:

"1. Os utentes têm direito a:

c) ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, provacidade e respeito."

Base V:

"2. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses."

REPE

Artigo 8º

"1. No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos

2. O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social"

REANIMAR

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Artigo 25:

"Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica (...)"

Constituição da República Portuguesa

Artigo 24º

"1. A vida humana é inviolável"

Artigo 64º

"1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover"

Código deontológico do enfermeiro

Artigo 81 - "Dos valores humanos

O enfermeiro, no seu exercício profissional, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida"

Artigo 82 - "Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro respeita o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias"

REPE

Artigo 8º - Exercício profissional dos enfermeiros

"1- No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos

2- O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social."

Artigo 9 - Intervenções dos enfermeiros

"4. Para efeitos dos números anteriores, e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:

c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade"

NÃO REANIMAR

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Artigo 5:

"Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes"

Constituição da República Portuguesa

Artigo 25º

"1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável

2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a maus tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanas"

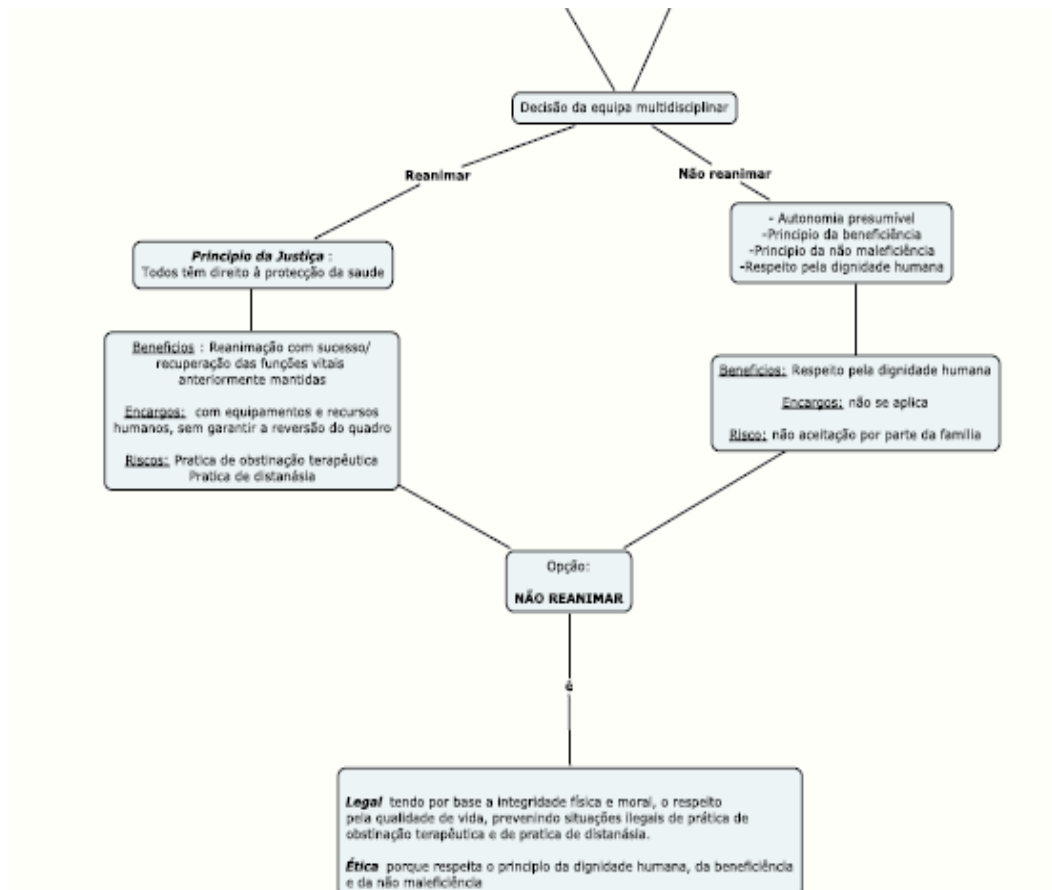
Código deontológico do enfermeiro

Artigo 82 - Dos direitos à vida e à qualidade de vida

"O enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;

d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante"



Bibliografia:

- Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência – Previsto no art.º 92, n.º 1, al. a) do Estatuto – Aprovado em Assembleia Geral de 18 de Março de 2000 – disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt
- PACHECO, Susana – “Objecção de Consciência”, in Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- FIRMINO, Filipe- “Autonomia e Respeito”, in Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

- DIAS, António- “Justiça e Integridade”, in Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem, Acedido em 12 de Abril, 2012, em <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>
- ARCHER, L., et al. Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora, 2001.
- SERRÃO, Daniel – “Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer”, in Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora, 1998.
- BOLETIM NORMATIVO – “Normalização da Ordem para Não Ressuscitar”. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, Entidade Pública Empresarial, 2006
- FRIAS, Cidália de Fátima Cabral - “A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um Desígnio do Enfermeiro em Formação”. Loures: Lusociência, 2003.
 - FRANÇA, Daniela et al- “Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros”: *Revista Bioética*. 2010, Vol. 18, Nº 2, acedido a 10 de Abril de 2012, em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/577
 - MARTINS, Lurdes – “Beneficência e Não-Maleficência”, in Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
 - FARIA, Rui – “Estado Vegetativo Persistente e Reanimação”, in Bioética. Lisboa: Verbo, 1996: 369.
 - ANTUNES, Alexandra – “Consentimento Informado”, in Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora, 1998.
 - Definição da distanásia – disponível em <http://eutanasia.aaldeia.net/distanasia.htm>
 - Definição de ONR e diferentes siglas – disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/Do_Not_Resuscitate
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. 1ª edição. Lisboa: Editorial Verbo,
- 1996.Depo.Legal:104976/96. Pg-53-64

- NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério - Código Deontológico: dos Comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.: ISBN: 972-99646-0-2. Pg211-223 , 319-321
- QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Ética e Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-07-5. pg-57-71, 96-101, 144-146.
- Diário da República 1.ª Série nº 170(4/09/2007) - Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro (Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro). [em linha].6201-6258. [Consultado a 8 de Setembro 2011]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF>
- Diário da República 1.ª Série nº 195 (24/08/1990) - Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. [em linha].3452-3459. [Consultado a 8 de Setembro 2011]. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/ronlyres/065B7F96-F9E1-4E18-AD3C-9E9425DF78FC/17033/34523459.pdf>
- Diário da República I Série A nº155 (12/08/2005) - Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto de 2005 (Sétima revisão constitucional). [em linha]. 4642-4685. [Consultado a 8 de Setembro 2011]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>
- Diário da República - I Série – N.º 236 (13/10/1978) - Convenção Europeia dos Direitos do Homem. [em linha]. 2135-2145 [Consultado a 10 de Setembro 2011]. Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2049&m=PDF
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [em linha]. 1998. [consultado a 21 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico. [em linha]. Lisboa. 2009. [consultado a 21 de Abril de 2011]. Disponível em

- <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Apêndice XIII – Trabalho de grupo do módulo supervisão dos cuidados

Trabalho de Grupo:

Discentes: Celso Ribeiro, Isabel Cordeiro, Jorge Silva, Marta Pias. Sara Antunes

Docente: Prof. Alice Ruivo, Prof. Maria de Lurdes Martins e Prof. Sérgio Deodato

Situação problemática abordada:

O Sr. Manuel, cliente de 75 anos, deu entrada numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários no dia 30 de Dezembro de 2011, com diagnóstico médico de Enfarte Agudo do Miocárdio. Realiza angiografia coronária que revela Doença Coronária de três vasos não revascularizável. Durante o internamento é-lhe diagnosticada ainda Insuficiência Cardíaca de grau IV e uma Nefropatia secundária à administração de contraste iodado. Inicia perfusão de aminas-dopamina em doses dopaminérgicas e perfusão de diurético - furosemida.

Durante o dia 31 de Dezembro assiste-se a um agravamento da função respiratória e do estado geral, o Sr. Manuel apresenta-se consciente, aparentemente orientado no tempo, espaço e pessoa, mas pouco comunicativo.

Durante este dia o Sr. Manuel mantém-se hipotenso, taquicardico, com dispneia a pequenos esforços, queixoso à mobilização e apenas tolera a posição de sentado no leito.

O Sr. Manuel apresenta como antecedentes de doença um acidente vascular cerebral em 2008, com sequelas de hemiparesia direita e um grau elevado de dependência nas atividades de vida diárias, sendo a sua esposa a principal cuidadora.

Durante a hora da visita a família apercebe-se do agravamento do estado clínico do cliente e reúne com a equipa de saúde (médico e enfermeiro), tendo sido informada da situação atual.

Perante as informações fornecidas, a família percebeu que o seu familiar se encontrava num estadio terminal de doença, tendo solicitado à equipa a permanência junto do seu familiar. Referiram que o Sr. Manuel pediu sempre para não o deixarem morrer sozinho e que sabiam que a presença da família o tranquilizava. Foi então facultada à família a permanência na Unidade durante o período diurno.

O enfermeiro que se encontrava escalado no turno da noite de 1 de Janeiro de 2012, após avaliação da situação decidiu manter a permissão de permanência da família na Unidade junto ao cliente durante este turno. Não reunindo a Unidade condições para a permanência dos dois filhos e da esposa, foi adaptado um espaço do Serviço - o refeitório- onde foram colocados dois cadeirões, disponibilizada roupa de cama e uma refeição ligeira, junto ao utente foi colocado outro cadeirão que lhes permitiu permanecerem de forma alternada junto do seu familiar.

A esposa e os dois filhos do Sr. Manuel permaneceram no Serviço, junto ao cliente naquela que fora a sua última noite.

Na manhã seguinte a equipa médica expressou a sua discordância perante o facto da família ter permanecido na Unidade de Cuidados Intensivos no período noturno. Tendo então optado pela suspensão de medicação endovenosa e pela transferência do cliente para um quarto de enfermaria onde cliente e família beneficiaram de mais privacidade.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Perante o caso apresentado, o estado clínico da pessoa e o seu elevado grau de dependência é passível o levantamento de inúmeros diagnósticos de enfermagem, nomeadamente os de auto-cuidados alterados, contudo opta-se por abordar apenas aqueles, que melhor permitem, justificar a decisão tomada pelo enfermeiro.

Dor atual

A dor caracteriza-se por “Percepção comprometida: *aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*” (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

Pretende-se que esta percepção dolorosa diminua em intensidade ou que pelo menos apresente uma intensidade que possa ser considerada normal nesta situação (CIPE, 2011).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. (OE, 2008)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Avaliar a dor do Sr. Manuel utilizando escala numérica de avaliação da dor a cada x horas, de acordo com a norma de procedimento.** Permite um seguimento da eficácia das medidas analgésicas do enfermeiro bem como o estabelecimento de um eventual padrão de dor (DGS, 2003).
2. **Vigiar dor junto do Sr. Manuel.** Avaliar as características da dor de forma a adequar as intervenções de enfermagem ao tipo de dor sentida (SWEARINGEN, KEEN, 2001).
3. **Gerir dor. Através de medidas não farmacológicas** A implementação de técnicas como a massagem de relaxamento, experiência de visualização, entre outras (SWEARINGEN, KEEN, 2001).
4. **Gerir medicação** Permite um controlo mais eficaz da dor se respeitada a posologia apropriada (SWEARINGEN, KEEN, 2001).

Resultado esperado: ausência de dor.

Dispneia em grau moderado

Dispneia. “Processo do Sistema Respiratório Comprometido: Movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade” (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

“Entende-se por Oxigenoterapia de Longa Duração a administração de oxigénio por um período superior a 15 horas diárias, com um débito suficiente para assegurar uma saturação de O₂ de 90%” ()

Intervenções de Enfermagem:

1. **Monitorizar status respiratório** - avaliação periódica do status respiratório para verificar a eficácia da oxigenoterapia (TAYLOR, *et al.* 2007)
2. **Optimizar oxigenoterapia**– Adequar a administração às necessidades do doente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)
3. **Elevar cabeceira da cama** – proporcionar o conforto e facilitar a respiração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)
4. **Supervisionar o efeito do tratamento** – Prevenir precocemente alterações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)

Resultado esperado: Dispneia em grau reduzido

Ansiedade em grau moderado

Ansiedade: “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

À profissão de enfermagem é implícito o ato de ajudar, que exige desde profissionais dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, da sua capacidade de escuta e de compreensão, fundamentalmente, dar parte de si própria. (LAZURE, 1994)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Escutar a pessoa.** Permite compreender a importância que a mesma dá a aspectos relacionados com a aparência, desempenho de papéis e aceitação pelos outros (POTTER, PERRY, 2006).
2. **Gerir ambiente físico.** Estimular visitas dos familiares, flexibilizando horários de visita e promovendo um ambiente agradável para essas interações respeitando a sua privacidade. Esta intervenção demonstra uma preocupação da parte da equipa de saúde em proporcionar o máximo apoio das suas pessoas significativas (POTTER, PERRY, 2006).
3. **Facilitar a integração do Sr. nos cuidados de enfermagem.** Favorece o processo de *empowerment*, por exemplo, a escolha dos horários dos cuidados, gestão da sua higiene pessoal, entre outros de forma a minimizar a ansiedade (POTTER, PERRY, 2006).
4. **Informar o Sr. e seus cuidadores sobre os serviços de apoio que tem à sua disposição.** Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 84º alínea a), o enfermeiro tem o dever de informar a família no que respeita aos cuidados de enfermagem a serem prestados.

Resultado esperado: Ansiedade em grau moderado

Risco de Desolação

Desolação: “Status comprometido: sentimentos de ser abandonado, com desespero, comportamento deprimido ou angustiado e expressão de desespero ou falta de esperança ” CIPE, Versão 2. 2010, p. 49)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Confortar o doente.** E acordo com o descritivo dos padroes de qualidade definidos “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”. (OE, 2001, p.13)
2. **Motivar a expressão de sentimentos** – Promover e facilitar a escuta, como acto de captar os indicadores emitidos pelo cliente, quer verbais quer não verbais. (LAZURE, 1994)
3. **Facilitar a presença da família.** Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas. (Carta dos Direitos do Doente)

Resultado esperado: Desolação nenhuma

Angústia da Separação Atual

Diagnóstico relativo à família do Sr. Manuel

Angústia da separação “Ansiedade: Sentimentos de medo e apreensão causados pela separação do meio familiar e de pessoas que são importantes para o cliente como, por exemplo, crianças separadas da mãe ou de figura maternal, acompanhadas de choro, lágrimas, reacções de luto, ausências de expressão de emoções, desprendimento, negação de resignação” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Escutar activamente as preocupações da família.** Garantir que o enfermeiro se coloca ao mesmo nível que a família, permite que este faça um entendimento correcto das suas preocupações e medos, sem emitir qualquer tipo de juízos de valor. Isto permite que a família se sinta compreendida, cuidada e importante, o que reforça a ligação desenvolvida entre ambos (PHANEUF, 2004; RILEY, 2004)

2. **Autorizar a presença permanente da família junto do doente** – o doente “(...) com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada” (Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro)

3. **Confortar a família** – de acordo com a teoria do conforto “... *os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental...*” (Aligood e Tomey, 2004, p.483). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que cuidamos, a necessidade expressa por esta família era de acompanhamento do sr. Manuel.

Resultado esperado: Angustia de separação ausente

AVALIAÇÃO

Perante o caso com que nos deparamos e abordamos, tornou-se fulcral aplicar um processo de Enfermagem, que responde-se às principais necessidades do Sr. Manuel e família, de forma a:

- Proporcionar o acompanhamento do doente pela família, na fase final da vida
- Confortar o doente em situação crítica

REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS

Sem dúvida que a permanência da família junto da pessoa em fase terminal é não só um direito, mas também deverá ser entendido como um dever do enfermeiro que presta cuidados de uma forma holística e de qualidade e que procura no seu exercício a excelência.

O estudo deste caso demonstra-nos que muitas vezes as medidas e ações implementadas até são as mais corretas, mas se não fundamentadas podem perder a sua credibilidade.

LEGISLAÇÃO QUE FUNDAMENTA A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Diz a Constituição da Republica Portuguesa no seu artigo primeiro que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” reconhecendo desde logo, nos princípios fundamentais, que a dignidade da pessoa é um dos pilares onde se norteia a Constituição e toda a legislação da Republica.

Por sua vez diz a mesma constituição no n.º 1, do artigo n.º 64, que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)” indicando que não pode ser negado os cuidados de saúde com base em alguns argumentos como as condições económicas, sociais, étnicas ou outras.

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é a chamada Lei de Bases da Saúde e enquanto tal, define as linhas mestras da política e deve reger a legislação da área da saúde.

Assim nesse documento é possível na sua base V, (direitos e deveres), verificar que os “cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses”. Por sua vez na Base XIV (estatuto dos utentes) na sua alínea c, diz que as pessoas devem ser “(...) tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” na sua essência podemos interpretar estes dois estratos, que a prestação de cuidados de saúde e as organizações prestadoras de cuidados de saúde deverão estar orientadas segundo os interesses dos seus utentes, satisfazendo as necessidades de utentes e famílias. Podendo nós considerar que estes interesses são mais prementes numa situação de doença crítica, de mau prognóstico e que se revelaria de desfecho fatal. Esta primeira premissa é articulável com a alínea c, da Base XIV, pois esta exige os cuidados técnicos e humanos adequados à situação em concreto. Não colocando em causa a dimensão técnica, está em causa a necessidade humana da pessoa ser acompanhada pelos seus familiares e também o acompanhamento destes ao seu utente.

A legislação portuguesa abordou o acompanhamento do doente internado, e fez através da publicação da Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro, onde se pode ler no seu artigo n.º 1 que esta lei é destinada, entre outra a pessoas com doença incurável em estado avançado, tal como acontece na insuficiência cardíaca de grau IV. Ou seja esta seria uma situação que se enquadraria na lei citada. A mesma, diz ainda no seu artigo 3º, no N.º 1, que as pessoas internadas “(...) com doença incurável em estado avançado (...) têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”. Mais diz no artigo 4º, no N.º 1, que define as condições de acompanhamento onde se pode ler “O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como noturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais

normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar”. Como podemos analisar neste diploma é permitido a permanência de acompanhantes, nos serviços, não especificando a tipologia de serviço. Como tal do ponto de vista legal, a permanência de acompanhantes não pode ser argumentado como fator de perturbação do trabalho na unidade de tratamento já que esta terá que ser prevista.

Por sua vez a Carta dos direitos doentes, reforça esta ideia referindo no seu ponto n.º 13, que a pessoa internada em situação terminal tem direito ao acompanhamento.

Na redação do ponto 1 do artigo n.º 4, a expressão “(...) com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar (...). No entanto podemos ler em Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) que as normas não podem funcionar de forma estática e que estas são generalidades não contemplando situações concretas e particulares da prática. Com o objetivo de nortear as ações, estas não deverão ser cumpridas de forma cega, em especial se estas forem contra o superior interesse do utente. Assim, cabe aos profissionais, presentes na situação em concreto e com as variáveis presentes no momento decidir “de forma justa e equitativa para com o utente e família” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Fica a faltar, e se caso for, compreender qual a ação a ter caso as opiniões sejam divergentes no seio da equipa multidisciplinar. Sobre este aspeto, o artigo 91º do Código Deontológico dos enfermeiros, na sua alínea b) diz que o enfermeiro deve “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”. Considerando que a melhor pessoa para decidir, seria aquele profissional que detivesse mais informação e que estivesse mais próximo do utente.

Para além desta obrigatoriedade imposta pela lei Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro, o Código Deontológico, Lei n. 111/2009 de 16 de Setembro de 2009, vai mais longe ainda forçando a sua aplicação de acordo com o artigo 79.º “dos deveres deontológicos em geral” na sua alínea c) que o enfermeiro deve “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...).

Diz mais ainda Código Deontológico, no artigo 88º, “Da excelência do exercício” na sua alínea b) que as normas se devem adequar dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA

Katharine Kolbaba formou-se em Enfermagem em 1965 e especializou-se em gerontologia, em 1987. Nesta altura trabalhou como enfermeira chefe, num serviço com pessoas dementes, foi aqui que ela começou a teorizar a teoria do conforto. Passados dez anos começou o seu doutoramento, onde desenvolveu e explicou a sua teoria.

As suas áreas de interesse incluem as intervenções e medições para a incontinência urinária, avaliação do conforto no fim de vida e investigação de resultados. O início do seu estudo ocorreu pela sua pesquisa exaustiva que comprovou que o conforto, desde sempre esteve associado com os cuidados de enfermagem. Um dos exemplos seria Harmer que referia “... *os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental...*” (Dowd,...). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que temos à nossa frente.

Provas Empíricas

Em todos os estudos realizados, Kolcaba conseguiu provar que nos grupos que usufruíam de intervenções de conforto, desfrutavam de um estado de conforto com valores significativos, ao passo que os outros grupos, que eram intervencionados como um grupo que recebiam um cuidado “normal”, apresentavam menos conforto. Nestes diferentes estudos, Kolcaba examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico:

1. O conforto é próprio de uma condição;
2. O resultado do conforto é suscetível a mudanças ao longo do tempo;

3. Qualquer intervenção de cuidado de enfermagem holística aplicada e com uma história de eficácia, melhora o conforto do doente ao longo do tempo;

4. O conforto total é maior do que a soma das suas partes.

No nosso caso em estudo, já esta implícito a aplicação da teoria, uma vez que o enfermeiro teve em consideração a necessidade física, psico-espiritual e social do Sr. Manuel. Proporcionou um cuidado holístico, cuidou da sua necessidade física, proporcionando analgesia à dor e administração de medicação de suporte vital e permitiu a presença da família, nos últimos momentos da sua vida, colmatando a necessidade psico-espiritual e social. A nosso ver, não há dúvida que o enfermeiro avaliou e entrevistou, de acordo com pessoa que estava à sua frente.

PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS

Metaparadigmas

ENFERMAGEM: Através de enfermagem há uma avaliação e realização de medidas de conforto, com o intuito de satisfazer necessidades detetadas, com posterior reavaliação do estado de conforto. Esta avaliação passa por perguntas diretas, indiretas ou intuitivas.

No caso específico, o enfermeiro fez uma avaliação, com questões diretas ao Sr. Manuel, uma vez que ele estava consciente e orientado, e realizou medidas de conforto, pelo fato de ter proporcionado a presença da família. A avaliação foi concluída e concretizada pelo bem-estar e satisfação expressa pelo Sr. Manuel.

DOENTE: São os que recebem os cuidados, pode ser o indivíduo, família, instituições ou comunidades.

Em relação ao doente, o Sr. Manuel, houve um pedido e este foi proporcionado, sendo então o que recebe o cuidado. Assim como a família, também foi facultado um cuidado de conforto de permanecer com o seu familiar nos momentos, que provavelmente seriam os últimos.

AMBIENTE: Aspetos que podem ser influenciados com os cuidados de enfermagem, no indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Mais uma vez, o ambiente foi proporcionado nesta situação, pois criou-se condições ambientais no quarto para que a família permaneça-se.

SAÚDE: É o estado ótimo de funcionamento do indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Neste metaparadigma, o estado considerado ótimo pelo indivíduo, não foi a “cura” física, mas sem dúvida a psico-espiritual, porque foi satisfeito o seu desejo de ter a família junto dele. Em relação à família, acreditamos que todo o seu processo de luto foi facilitado, por esta medida de conforto, proporcionada pelo enfermeiro.

PRESSUPOSTOS

1. Cada indivíduo tem uma resposta holística;
2. Em Enfermagem, o conforto é um resultado holístico desejável;
3. Cada pessoa luta para satisfazer as suas necessidades de conforto;
4. O conforto dá ânimo aos doentes para resolver melhor o comportamento de procura de saúde;
5. Aos doentes que assumem a procura de saúde, estão satisfeitos com os cuidados;
6. A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados.

Em relação aos pressupostos da Teria de Conforto, associados ao nosso caso em estudo, consideramos que já mostramos como o enfermeiro, cuidou e proporcionou ao Sr. Manuel um cuidado holístico, avaliou no seu todo, ouviu as suas necessidades mencionadas e ofereceu medidas de conforto, que vieram colmatar essas faltas. São situações desta que levam a uma integridade institucional baseada em valores, porque que proporciona cuidados holísticos e de conforto, transmite um aumento de satisfação pela instituição.

POSTULADOS

1. Há pelas necessidades de conforto não saciadas, com posterior concretização de medidas de conforto, em busca de resultados de satisfação ao utente.

2. Quando as pessoas têm um comportamento de procura de saúde (HSB), há um desejo que este compromisso leve ao conforto.
3. O fato das pessoas terem um apoio, no seu HSB, a integridade institucional também é melhorada.

O Sr. Manuel e sua família, procuraram ajuda numa instituição, inicialmente que facultava-se conforto físico, mas devido ao seu estado clínico e pela sua idade avançada, não lhe foi possível proporcionar a “cura”, mas sem dúvida é possível criar as melhores condições, para uma morte digna e sem sofrimento. Assim, como é da responsabilidade de quem cuida e da instituição, incluir a família neste processo de ajuda.

Para elaborar a sua teoria Kolcaba, seguiu três raciocínios lógicos:

1. INDUÇÃO

É feita através de generalizações, por uma série de circunstâncias repetidas. Como Kolcaba usava denominações repetitivas, para pessoas diferentes, por vezes esses termos não correspondiam à prática das necessidades observadas. Então decidiu dividir o não correto uso de termos, em físicas e mentais, introduziu o conceito de conforto e, por fim, observou a relação entre conforto e o ótimo funcionamento.

2. DEDUÇÃO

É um pensamento lógico, após uma conclusão feita através de princípios gerais (do geral para o particular). Neste sentido a teoria do conforto, resultou de uma relação com outros conceitos, como o alívio, a tranquilidade e transcendência.

3. ABDUÇÃO

É a forma de raciocínio que origina as ideias. É aqui que ao empregarmos uma teoria de enfermagem na melhoria das intervenções da prática, com coerência e com um propósito comum, obtendo resultados significativos.

DESENVOLVIMENTO DA TEORIA

Kolcaba desenvolveu formas de medição ao conforto, com utilização na prática, no ensino e na investigação. Os três tipos de conforto que foram sintetizados por Orlando (alívio), Henderson (tranquilidade) e Paterson e Zderard

(transcendência), são integrais para a teoria e foram validados através da análise do fator do instrumento desenvolvido com a orientação da estrutura taxonómica de medição.

Conforto: é o que as pessoas recebem como resultados de medidas de conforto. É uma experiência holística, por satisfação de necessidades dos três tipos de conforto: alívio (quando a pessoa vê satisfeita uma necessidade), tranquilidade (estado de contentamento) e transcendência (quando o indivíduo ultrapassa o seu sofrimento).

Satisfação nos quatro contextos da experiência (físico, social, psico-espiritual e ambiental).

TIPO DE CONFORTO:

1. **Alívio:** Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.
2. **Tranquilidade:** Estado de calma ou contentamento
3. **Transcendência:** Estado do qual alguém ultrapassa os seus problemas ou sofrimento.

CONTEXTO NO QUAL OCORRE O CONFORTO:

1. **Físico:** corresponde às sensações corporais.
2. **Psico- espiritual:** pertence à consciência intra do “eu”, ou seja, estima, conceito, sexual, significado da vida de alguém.
3. **Social:** corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais.
4. **Ambiental:** Pertence ao meio, às condições e influências externas.

Em relação ao Sr. Manuel e à sua situação.

Justificando o Diagnóstico de Enfermagem: Risco de desolação

- a) Apoiar psicologicamente o doente

- b) Confortar o doente
- c) Permitir expressão de sentimentos
- d) Estar presente
- e) Facilitar a presença da família

Pensamos que esta teoria se enquadra bastante bem, uma vez que o Sr.º Manuel apresenta níveis de necessidade de conforto psico-espiritual elevados. Em relação aos cuidados de enfermagem físicos, apenas lhe podemos aliviar a dor com analgesia e posicionamento corretos, mas em termos psico-espirituais, uma vez que o Sr. está consciente, orientado e expressou a sua extrema necessidade que a família permaneça-se com ele, tendo a noção que o seu estado seria grave e provavelmente seria a última noite que iria usufruir da companhia da esposa e filho.

Bibliografia:

CIPE/ICNP®. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2. 2ª edição Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, Gráfica 2000, 2003. ISBN: 972-98149-5-3

LAZURE, Hélène. Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2

Lei n.º 106/2009. D.R. n.º 178, Série I de 2009-09-14. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos [em linha], 2001. [consultado em 27 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

PHANEUF, Margot - *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-84-3

PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-365-7.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne – *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-893-024-0.

RILEY, Julia – *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-838-381-9.

SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-352-5.

Apêndice XIV – Mapa de planeamento do PAC

Competência	Unidade de competência	Atividades a realizar	Indicadores de avaliação
Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica	- Estágio na UCIM do CH - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios
	Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos	- Estágio na UCIM do CH - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios
	Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas	- Estágio na UCIM do CH -Introduzir escala de avaliação da dor (Doloplus) na UCIM - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios - Aplicação da escala
	Assiste a pessoa e a família mas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica	- Estágio na UCIM do CH - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios
	Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde	- Estágio na UCIM do CH - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios
	Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica	- Estágio na UCIM do CH - Estágio na UCI do CH	-Avaliação/reflexão de estágios
Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação	Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência	- Estágio na UCIM do CH - Estágio de observação na Comissão de Controlo de Risco - Frequentar a formação a realizar no CH sobre o Plano de Emergência Interno -Revisão e implementação do plano de emergência e catástrofe do Serviço de Medicina Interna - Sessão de apresentação do plano de emergência e catástrofe do Serviço de Medicina Interna	-Avaliação/reflexão de estágios - Reflexão sobre a formação assistida sobre o Plano de emergência interno - Implementação do plano de emergência no Serviço de Medicina Interna - Realização da sessão
	Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe	- Estágio de observação na VMER de CH -Revisão e implementação do plano de emergência e catástrofe do Serviço de Medicina Interna	- Avaliação/reflexão de estágio - Implementação do plano de emergência no Serviço de Medicina Interna
	Gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe	- Estágio de observação na VMER de CH -Revisão e implementação do plano de emergência e catástrofe do Serviço de Medicina Interna	- Avaliação/reflexão de estágio - Implementação do plano de emergência no Serviço de Medicina Interna

<p>Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<p>Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio de observação na Comissão de Controlo de Infeção do CH - Execução do PIS - Realização da norma de cuidados ao acesso venoso periférico 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação/reflexão de estágio - Avaliação do PIS - Elaboração da norma
	<p>Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio de observação na Comissão de Controlo de Infeção do CH - Execução do PIS - Execução da norma de cuidados ao acesso venoso periférico 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação/reflexão de estágio - Avaliação do PIS - Elaboração e aprovação da norma

Apêndice XV – Cronograma de atividades do PAC

Atividade a realizar	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Competência a que responde
Estágio na UCIM							K1, K2, K3
Estágio na UCI							K1
Estágio VMER							K1
Estágio na CCI							K3
Estágio na CCR							K2
Norma de cuidados ao cateter venoso periférico							K1, K3
Formação sobre “Plano de emergência interna do CHS”							K2
Revisão, implementação e apresentação do plano de emergência e catástrofe do Serviço de Medicina							K2
PIS							K1, K3
Introduzir escala de avaliação da dor (Doloplus) na UCIM							K1

Apêndice XVI – Cronograma de horas de estágio

Abril 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
									M			M			
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
M	M		M			M				M			M		
															Total 64h

Maio 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	M1		F1			M	M1	F2		M1			M2		
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	M				M	M3						T4			Total 73h

Junho 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	M4	T4			M					M				M	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
		M	M					M				M			Total 71H

Julho 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
											Av. Est.				
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		Final est													Total 1h

M: manhã na UCIM (8horas)

F1: Formação realizada no serviço de medicina: “Cuidados de enfermagem á pessoa com disfagia” (1h)

F2: Formação realizada no serviço de medicina: “Cuidados de enfermagem ao utente com ventilação não invasiva” (1h)

M1: manhã na CCI (8horas)

M2: manhã na CGR (8horas)

M3: manhã na GIARC (8horas)

T4: tarde na UCI (7horas)

M4: manhã na UCI (8horas)

Total de horas contacto estágio previstas de 209 horas

Total de horas contato estágio realizadas de 209 horas

Apêndice XVII-
Cronograma horas de
trabalho autónomo

Abril 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
5h	2h		3h		4h			5h		3h	3h	1h	4h		
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total 50h	
	3h	3h		5h			4h				3h		2h		

Maio 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1h	2h	2h	2h	5h		3h	2h		4h	2h			2h	1h	3h
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total 52,5h
				3h			2h	4h		2,5h		3h	6h	3h	

Junho 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2h	3,5h		3h		4,5h	7h			5h		8h	3h		3h	4h
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total 76h	
	3,5h		4h		5,5h	5h	5h			7h		3h			

Julho 2012															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
5h	4h	3h	6h	3,5h		6h		4h	5,5h	Final est					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total 37h

Total de trabalho autónomo previstas de 209 horas

Total de trabalho autónomo realizadas de 215,5 horas

Apêndice XVIII –

Norma de cuidados de enfermagem ao cateter venoso periférico

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do CHS (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas.

Poderão ocorrer desvios devido á individualidade dos casos e preferência justificada do médico.

OBJETIVO

Uniformizar os procedimentos nos cuidados de enfermagem realizados na colocação e manutenção do acesso venoso periférico

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina / Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar.

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

AVP – Acesso Venoso Periférico

CH – Centro Hospitalar de S

CVP – Cateter Venoso Periférico

SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, Serviço de Medicina Interna

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLANDER, V. – **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.

PAULINO, Cristina; et al. **Técnicas e procedimentos em Enfermagem**. 2ª edição. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN: 972-8485-06-9.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP. **Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Profilaxia da infeção associada a acessos intravasculares** – Norma n.10/2003. Lisboa: Hospital de Santa Marta, 2003

HOSPITAL LITORAL ALENTEJANO. **Prevenção da Infeção Associada ao Cateterismo Periférico**. NP – HLA. Aprovada a 21/7/2010

RESPONSABILIDADES

Conselho de administração do CH pela sua aprovação

Enfermeiros Chefes e Coordenadores pela sua divulgação e garantia do seu cumprimento.

Enfermeiros do CH/Serviço de Medicina Interna pela sua aplicação.

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

Contextualização:

O cateter venoso periférico é o acesso intravascular eleito para administração de terapêutica e fluidoterapia, quer em caso de emergência, quer em caso de necessidade de hospitalização.

A sua colocação e manipulação envolvem técnica asséptica que, se não for devidamente efetuada, pode originar infeção.

A infeção associada ao acesso venoso periférico foi uma das principais infeções associadas aos cuidados de saúde, identificadas no Centro Hospitalar de Setúbal. Desta realidade surgiu a necessidade de elaborar a presente norma de orientação clínica com objectivo de uniformizar os procedimentos nos cuidados de enfermagem realizados na colocação e manutenção do acesso venoso periférico

Definição:

Consiste nas ações a desenvolver na colocação e manutenção de um cateter numa veia periférica, no adulto e idoso.

Objetivos:

Assegurar o acesso venoso para fins terapêuticos e/ou diagnóstico

Prevenir a infeção associada à introdução e manipulação dos acessos venosos periféricos

Providenciar conforto ao utente.

Quem executa:

O enfermeiro

Frequência:

De acordo com prescrição médica, necessidades do utente e condições de controlo de infeção

Recomendações:

- Providenciar ambiente adequado e privacidade do utente
- Informar o utente sobre a técnica a realizar
- Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção
- Utilizar para desinfeção do local a cateterizar compressa embebida em desinfetante: álcool 70°, cloroxedina 5%, iodopovidona
- Após desinfeção da área não tocar no local a cateterizar
- Escolher o calibre do CVP de acordo com o tipo de veias do utente, tipo e volume de terapêuticas a administrar
- Locais preferenciais para puncionar: o dorso das mãos, antebraços, braços e fossa anti cubital, do lado mão dominante do utente
- Evitar puncionar: áreas de flexão, veias anteriormente puncionadas, veias danificadas por infiltração ou flebite, veias esclerosadas, locais com contusões, veias de um membro comprometido cirurgicamente ou com prótese vascular ou ortopédica, veias de um membro com fístula arteriovenosa, veias de um membro hemiplégico ou mastetomizado, veias de um membro com esvaziamento ganglionar axilar ou submetido a radioterapia, evitar ramificações pequenas
- Cateterizar a zona mais distal do membro para preservar o vaso
- As veias dos membros inferiores só devem ser cateterizadas se não se o conseguir outro local e, logo que possível, o acesso deverá ser alterado para os membros superiores
- Se o local de punção se encontrar muito sujo, proceder à sua higienização antes de realizar o procedimento
- Se necessário efetuar tricotomia com máquina elétrica para realizar o procedimento
- Utilizar pensos esterilizados, preferencialmente transparentes que facilitem a observação direta para monitorização do local de punção
- Os pensos devem ser substituídos sempre que se encontrem sujos ou não íntegros
- Os pensos esterilizados transparentes podem permanecer até ao máximo de 7 dias, desde que se encontrem totalmente íntegros e mantenham a assepsia do AVP, e o local de inserção sem sinais inflamatórios
- No caso de se utilizarem pensos não transparentes, para observação do local de inserção do CVP, deverá proceder-se à sua substituição diariamente, preferencialmente no turno da manhã após os cuidados de higiene e conforto
- Sempre que se verifiquem sinais inflamatórios no local de inserção ou a permeabilidade do cateter esteja comprometida, deverá proceder-se à sua substituição.
- O AVP deverá ser substituído no máximo 96h após a sua colocação
- Os sistemas de administração (sistema de soro+controlador de gota+torneira+prolongamento (de tamanho suficiente para a mobilização do utente)) deverão ser substituídos a cada 72H no turno da tarde, ou sempre que se justifique. Deverá identificar-se o sistema com etiqueta com a data de colocação.
- Completar as infusões de fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos em 24 horas
- Completar as emulsões lipídicas no máximo de 24H
- Substituir os sistemas de sangue logo após o término da perfusão
- Substituir os prolongamentos de administração de propofol a cada 6 a 12 horas

- Antes de desconectar o sistema deverá desinfetar-se o local de inserção com compressa embebida em álcool 70°
- Verificar sempre a permeabilidade do cateter antes de administrar qualquer terapêutica
- Após a administração de fármacos pela torneira do sistema, deverá colocar uma tampa esterilizada
- Todos os acessos venosos periféricos que tenham sido colocados em caso de emergência ou que não tenha sido assegurada técnica asséptica na sua colocação, deverão ser retirados logo que não sejam necessários

Material necessário:

- CVP adequado à necessidade
- Obturador
- Penso esterilizado
- Desinfetante
- Seringa esterilizada com 5cc de soro fisiológico 0,9
- 1 pacote de compressas esterilizadas 10x10 cm
- Luvas não esterilizadas de tamanho adequado
- Garote
- Contendor de perfurantes
- Mesa ou tabuleiro de apoio
- Saco do lixo de acordo com o sistema de triagem de lixos da instituição
- Resguardo impermeável
- Almofada (se necessário)

Descrição da técnica:

1. Averiguar a real necessidade de cateterizar um AVP
2. Reunir o material necessário para efetuar a técnica e levar para junto do utente
3. Higienizar as mãos
4. Informar e esclarecer o utente sobre a colocação do AVP
5. Observar a veia a cateterizar e a área circundante, de acordo com o objetivo da punção
6. Pedir ao utente que se posicione ou ajude-o a posicionar-se confortavelmente, de acordo com o local da punção
7. Colocar um resguardo impermeável sob o local escolhido para puncionar
8. Observar a área circundante da veia selecionada
9. Colocar o garrote cerca de 5 a 10 cm acima do local escolhido para a punção
10. Posicionar em abdução a extremidade do membro a cateterizar
11. Massajar o membro em sentido ascendente
12. Se o utente colaborar, pedir para abrir e fechar a mão, do membro a cateterizar, repetidas vezes
13. Calçar luvas não esterilizadas
14. Palpar a veia selecionada
15. Desinfetar a área a cateterizar, com compressa embebida em solução desinfetante, com movimentos circulares do centro para a periferia e deixar secar

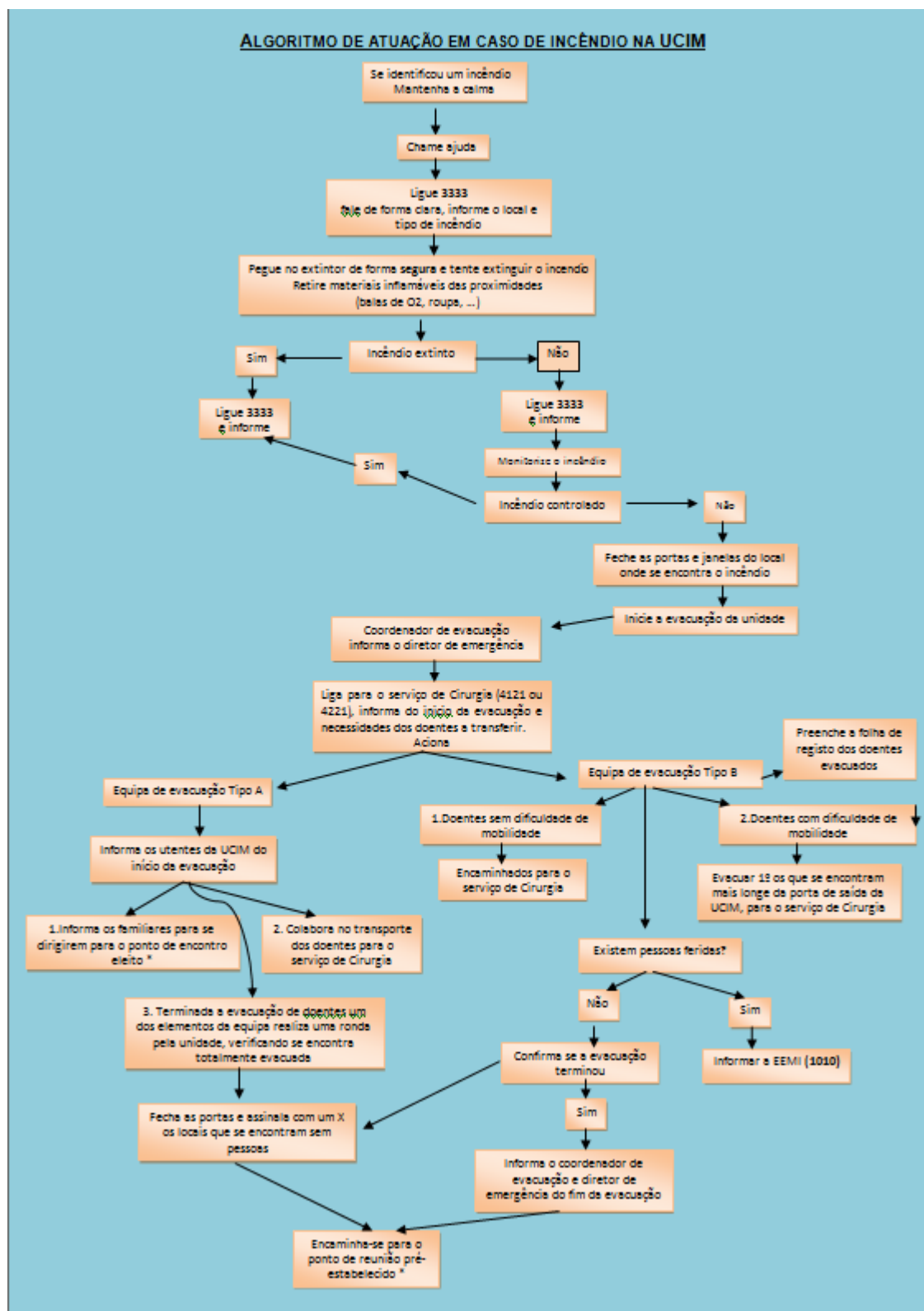
16. Retirar a cápsula protetora do cateter escolhido para cateterizar, de acordo com as características da veia e objetivo da punção
17. Com a mão não dominante, colocar o dedo polegar a cerca de 2,5cm abaixo da zona selecionada para a punção e comprimir ligeiramente a pele no sentido distal do braço
18. Informar o utente do início da punção pedindo para fazer uma inspiração profunda
19. Puncionar a veia com a mão dominante, com o bisel do cateter virado para cima e num ângulo aproximado de 10 a 45° com a pele (o ângulo deve ser adaptado à profundidade em que a veia se encontra)
20. Diminuir a inclinação do cateter apos perfurar a pele, fazendo-o progredir lentamente no interior da veia, verificar se há refluxo de sangue no cateter, e exteriorizar lentamente o mandril à medida que o cateter progride na veia
21. Aliviar a pressão do garrote
22. Colocar uma compressa esterilizada entre a pele e o cateter
23. Retirar o mandril, e simultaneamente, com o indicador da mão não dominante pressionar acima da ponta do cateter
24. Colocar obturador no cateter
25. Com a seringa esterilizada com 5cc de SF adaptada ao obturador, aspirar para ver se existe refluxo de sangue e/ou injetar lentamente para verificar a permeabilidade da veia
26. Aplicar penso esterilizado
27. Posicionar confortavelmente o utente
28. Recolher e acondicionar adequadamente o material utilizado
29. Descalçar as luvas
30. Higienizar as mãos

Registos no SAPE:

- Motivo da punção
- Local cateterizado
- Programar cuidados ao CVP
- Programar troca de dispositivos de perfusão

Apêndice XIX-

Algoritmo de atuação em caso de incêndio



- Se a evacuação ocorrer pelas escadas de segurança em frente à UCIM, o ponto de encontro situa-se junto ao Hospital dia de Infectologia Pneumologia. Se optar pelas escadas em frente aos elevadores, o ponto de encontro é no parque de estacionamento da urgência. **NUNCA UTILIZAR OS ELEVADORES.**
- Se o fumo invadir rapidamente a unidade, as pessoas devem se deslocar a gatinhar, ou deslocadas através de amastamento pelo chão, utilizando técnica de deslocação com lençóis.
- Contatar P&P, através do nº 2628 informar da evacuação da UCIM e, da possibilidade de pedir à equipa de segurança, para abrir a porta junto à Imadiologia para evacuação de ~~0556056~~.

Algoritmo realizado com base no Plano de emergência Interno do Hospital

Elaborado: Isabel Reis Cordeiro – Ensino Clínico: 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Orientadora: Enfermeira Felisbela Baroso

Com a colaboração: Enfermeira Solange ~~0556056~~ Setembro 2012



Apêndice XX-

Artigo

Infeções associadas aos cuidados de saúde: uma questão sensível aos cuidados do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Infeções associadas aos cuidados de saúde: uma questão sensível aos cuidados do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Autora: Isabel Cristina Reis Cordeiro.

Coautora: Dra. Maria de Lurdes Martins

Resumo: Na atualidade são vários os problemas que atingem as populações. O processo de doença por vezes é tão grave ou incapacitante que obriga a pessoa a recorrer os cuidados de saúde. Esta busca de auxílio pode proporcionar outros problemas que acabam por afetar ainda mais o estado de saúde da pessoa. As infeções associadas aos cuidados de saúde, conhecidas por IACS, são um problema a nível mundial, e de grande acuidade para as organizações de saúde. É fulcral apostar em políticas de segurança, que promovam a excelência nos cuidados, e reduzam o risco de infeção nas unidades de saúde. Considerando as competências gerais e específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, torna-se claro que estes profissionais poderão fazer a diferença no combate às IACS, através da dinamização de projetos organizacionais, da aplicação e incentivo de boas práticas, constituindo-se como peças fundamentais em programas de saúde que visem a segurança dos cuidados prestados.

Palavras-chave: infeções associadas aos cuidados de saúde, papel do enfermeiro, prevenção e controle das infeções.

Summary: Nowadays there are several problems that affect populations. The disease process is sometimes so severe or disabling that causes the search of health care. This search for aid may cause other problems that ultimately affect even more the person's health. The infections associated with health care, known as HCAI, are a worldwide problem, with high importance to healthcare organizations. It's essential to invest on security policies, which promote excellence in care, and reduce the risk of infection in healthcare facilities.

Considering the general and specific skills of the specialist nurses in person in a critical situation, it becomes clear that these professionals could make a difference in the fight against HCAI, by promoting organizational projects, and implementing and promoting best practices, constituting themselves as foundation stones in health programs aimed at safety of care.

Keywords – Health Care Associated Infection, Infection Control and Prevention, Nurse Role

As infeções nos serviços de saúde são um risco significativo e uma preocupação geral. Embora a proteção do cliente seja uma prioridade, não podemos dar menos importância à segurança dos profissionais. “Não é obrigatório que os clientes ou pessoal de saúde contraiam uma infeção ou uma doença cada vez que se expõem a um microrganismo” (ELKIN et al, 2005: 49).

A Direção geral de saúde (DGS) alerta para o facto de as infeções associadas aos cuidados de saúde, conhecidas por IACS, constituírem-se uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. (DGS, 2007). De acordo com Bennedetta Allengranzi, Diretora Técnica do programa da Organização mundial de saúde (OMS) *Cuidado limpo é cuidado seguro*, as infeções hospitalares são a principal causa de dano evitável e morte inútil dentro dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, assumindo um valor dez vezes mais elevado nos países em vias de desenvolvimento (SADI, 2011).

As medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar visam quebrar a cadeia de transmissão da infeção, com o objetivo de evitar a propagação dos organismos infecciosos (MARTINS, 2001). A disseminação de microrganismos pode originar problemas graves a vários níveis (social, económico financeiro, ético-moral, entre outros) quer para o indivíduo que fica infetado (clientes internados, profissionais ou pessoas significativas dos clientes), como para a

instituição hospitalar. Após a identificação do microrganismo e da via de transmissão, é fundamental que se adotem medida de proteção básicas e específicas para evitar a sua propagação. As IACS constituem uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. (DGS, 2007)

A importância das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) tem vindo a aumentar. A sua frequência crescente e as consequências em termos de mortalidade e morbilidade, refletem danos e sofrimento causado ao cliente/família, assim como têm impacto na economia do Sistema nacional de saúde (SNS). O Instituto Ricardo Jorge (2002) sublinha que as infeções hospitalares agravam a incapacidade funcional, o stresse emocional do cliente e podem conduzir a situações que diminuam a qualidade de vida. As IACS são ainda uma das principais causas de morte, envolvem custos económicos consideráveis, sendo o prolongamento do tempo de internamento o que mais contribui para este flagelo.

Estes indicadores de qualidade dos cuidados constituem-se numa crescente preocupação para a Organização mundial de saúde (OMS), e concomitantemente dos profissionais de saúde. Neste sentido a OMS através da, estabeleceu como objetivo, para 2005/2006, a redução do problema IACS, Integrando o desafio da OMS colocado através da campanha *World Alliance for Patient Safety*, o Ministério da Saúde reformulou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) (DGS, 2007). Este compromisso do Ministério da Saúde envolve todos os profissionais e utilizadores dos cuidados de saúde. De acordo com o Manual de Operacionalização do PNCI da DGS (2008) o principal objetivo do programa é diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável, através da identificação e redução dos riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados).

Moura (2004) alerta para o fato de com a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, surgiram espécies multirresistentes de difícil tratamento, o

que torna imprescindível a adesão dos profissionais de saúde às precauções a adotar no contato com o doente, de forma a reduzir a possível propagação do microrganismo.

À medida que os progressos tecnológicos prolongaram a sobrevida dos doentes, a permanência nos hospitais e à medida que melhoraram os meios de diagnóstico e intervenção, alguns tratamentos tornam-se mais agressivos, os microrganismos ficam mais complexos, modificam-se, tornam-se perpétuos nalguns doentes e isso favorece a ocorrência das IACS. O Relatório da Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) refere que a taxa de prevalência nacional de IACS, aumentou de 8,7% em 2003 para 9,8% em 2009.

Um estudo realizado em 28 países europeus e divulgado em Setembro de 2011 pela DGS, detetou uma taxa de 11% de infeções em doentes internados em hospitais portugueses, valor superior à média total europeia de 2,6% (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2012).

O relatório do OPSS de 2011 sublinha que ainda não existe uma análise adequada sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde e, defende que a monitorização dos resultados dos cuidados de saúde, dos processos clínicos, do erro clínico, da segurança nos serviços de saúde, e a segurança no local de trabalho, têm de ser alvo de maior atenção. Em Portugal, os dados disponíveis sobre as infeções provocadas por microrganismos multirresistentes demonstram que 30% a 40% são resultado de colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada, 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade e 20% têm origem desconhecida. (OPSS, 2011)

A infeção por MRSA é considerada, desde 1980, a principal infeção adquirida no hospital, tendo como principal meio de transmissão as mãos dos profissionais que se encontram contaminadas (HUGHES et al, 2008). Um dos objetivos do PNCI é a colaboração com o Programa Nacional para a Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos para a elaboração de políticas de antibióticos, já que se reconhece que Portugal apresenta taxas elevadas de microrganismos

multirresistentes, nomeadamente de MRSA. A taxa de MRSA é considerada como um indicador da qualidade dos programas de controlo de infeção. Se, por um lado, o seu aparecimento deve-se ao uso inadequado de antibióticos, por outro a sua disseminação (com taxas de cerca de 50% identificadas nos hospitais portugueses) relaciona-se com as deficiências nas práticas de controlo de infeção, nomeadamente no isolamento de clientes e cumprimento das precauções básicas (OPSS, 2011), o que torna crucial a adequação e implementação de boas práticas nos serviços de saúde portugueses.

De acordo com a Agência para a investigação e qualidade dos cuidados de saúde, referida por SADI (2011), a implementação de recomendações para a prevenção das IACS pode reduzi-las em cerca de 70% e, inclusivamente, eliminar alguns tipos de infeções. As políticas organizacionais, nomeadamente as comissões de controlo de infeção, através dos programas que dinamizam, assumem um papel primordial no combate à infeção a nível hospitalar.

As mãos dos profissionais de saúde são consideradas o principal meio de transmissão de infeção. Uma eficaz lavagem reduz significativamente os microrganismos patogénicos nas mãos e, desta forma, diminui a sua transmissão e consequente morbilidade e mortalidade associadas as infeções (SALISBURY et al, 1997). De acordo com a diversa bibliografia consultada a correta higienização das mãos constitui-se como a principal precaução no combate à disseminação das infeções.

É imprescindível apostar em políticas de segurança que protejam os clientes e profissionais das instituições de saúde, e assim se conseguia reduzira as repercussões que estão associadas às IACS. Os enfermeiros, como profissionais dinâmicos e responsáveis nas equipas de saúde, desempenham um papel fundamental na adesão a estratégias que colmatem este flagelo. No exercício das suas funções, e em respeito ao código deontológico do enfermeiro e ao regulamento do exercício da profissão de enfermagem, tem o dever de assegurar os melhores cuidados ao cliente que cuida, e colaborar na promoção de programas que visem resolver problemas da comunidade onde se insere.

Atendendo ao facto das problemáticas em saúde serem cada vez mais complexas e, com uma exigência maior dos padrões de qualidade na assistência em saúde, “o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, outubro 2011, p.3). De acordo com o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em pessoa em situação crítica, foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos, que visam explicitar a natureza e abranger os diferentes aspetos da representação social da profissão de enfermagem. Sendo assim, foram declarados como enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, outubro 2011). Neste sentido realça-se que, o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, no pleno exercício das suas funções e competências especializadas, nomeadamente maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, torna-se um dos principais responsáveis no combate à infeção, nos locais onde exerce a profissão, quer através da aplicação das precauções básicas e específicas inerentes ao controlo de infeção, como na implementação, dinamização e colaboração de programas que visem o controlo das IACS.

Existe um longo caminho a percorrer no combate à infeção, mas unindo esforços que visem a qualidade dos cuidados, e com o contributo elementar das intervenções de enfermagem especializadas para a prevenção e controlo das IACS, o percurso torna-se mais fácil e visiona a excelência do cuidar nas instituições de saúde.

Bibliografia:

BOLICK, Dianna, *et al.* – **Segurança e Controle de Infecção** – Tradução de Carlos Henrique Cosendey, revisão técnica Maria Isabel Sampaio Carmagnani. – s.e. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN: 85-87148-40-0

ELKIN, Martha Keene, *et al.* – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ª edição. Loures: Lusociência. 2005. ISBN: 972- 8383-96-7

MARTINS, Maria Aparecida. - **Manual de Controle de Infecção Hospitalar – Epidemiologia. Prevenção. Controle**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, Ltda. 2001. ISBN: 85-7199-256-8

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [em linha]. Lisboa. Março de 2007. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documents/CC/Programa Nacional Controle Infeccao.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de operacionalização** . [em linha]. Lisboa. Fevereiro de 2008. [consult. a 30-06-2012]. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_Manualde Operacionalizacao.pdf

HUGHES, CM, *et al.* - **Infection control strategies for preventing the transmission of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in nursing homes for older people (Review) - The Cochrane Collaboration**. [em linha]. WILEY. Janeiro 2008. [consult. a 07-09-2012]. Disponível em: <http://www.cfah.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=531>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. **Prevenção de infeções Adquiridas no hospital – um guia prático.** [em linha]. 2^a. Edição. Lisboa. 2002. [consult. a 01-03-2012]. Disponível em http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf

MINISTÉRIO PÚBLICO PORTUGUÊS- Ministro exige aos hospitais e centros de saúde apoio às comissões de controlo de infeção – Detalhe de notícia. [em linha]. Janeiro 2012. [consult. a 20-06-2012]. Disponível em: <http://m.publico.pt/Detail/1531019>

MOURA, Josely Pinto. – **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes.** Tese de Mestrado. [em linha]. Ribeirão Preto: 2004. [consult. A 25-03-2012]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../mestrado.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Relatório de Primavera 2011 – da depressão da crise para a governação prospetiva para a saúde.** [em linha]. 2011. [consult. a 25-05-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_O_PSS_1.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Relatório de Primavera 2012 – crise & saúde um país em sofrimento. Versão provisória.** [em linha]. 2012. [consult. a 25-05-2012]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_O_PSS_2.pdf

SADI. Sociedad Argentina de Infectologia. **La multiresistencia: un problema a abordar en forma interdisciplinaria e interinstitucional.** [em linha]. Mar del Plata, Maio 2011. [consult. a 20-09-2012]. Disponível em: <http://www.sadi.org.ar/files/DOCUMENTO%20FINAL%20Taller%20INE-SADI%202011.pdf>

SALISBURY, Diana M. *et al.* – **The effect of rings on microbial load of health care workers' hands**. [em linha]. 1997. [consult. a 20-09-2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9057940>

